

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.



Université de Montréal

**L'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée
atteinte de démence**

par
Françoise Salette (SALF 14515900)

Université de Montréal
Faculté des Sciences infirmières

Mémoire de recherche présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention de la maîtrise en Sciences infirmières
option Infirmière clinicienne spécialisée

Octobre 2008

© Françoise Salette, 2008

Université de Montréal
Faculté des Sciences infirmières

Ce mémoire intitulé :
**L'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée
atteinte de démence**

présenté par :
Françoise Salette (SALF 14515900)

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Sylvie LeMay, inf., PhD
Directrice de recherche

Odette Roy, inf., PhD
Président-rapporteur

Sylvie Lafrenière, inf., MSc
Membre du jury

Résumé

Parmi la population vivant en Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée (CHSLD), près de 50 à 80% des résidents éprouvent de la douleur. Gloth (2004) mentionne que près de 25% des résidents en CHSLD ne reçoivent pas d'analgésique. La gestion inadéquate de la douleur des clients âgés atteints de démence s'explique surtout par le manque d'instruments valides spécifiquement adaptés à cette clientèle. Le *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC), conçu par Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos et traduit et validé en français par Aubin et al. (2008), a été conçu spécifiquement pour évaluer la douleur chez cette clientèle. Composé de 60 items présentés sous forme d'une grille à cocher, il a été utilisé pour cette étude pilote à devis descriptif-corrélatif et mesures répétées, qui s'est déroulée sur trois unités de soins de longue durée d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. Les sujets ont été observés durant une semaine à raison de trois jours, lors des soins d'hygiène. Des analyses descriptives et de dispersions ont été effectuées sur les données obtenues des résidents. De plus, des tests de corrélation de Spearman ont été performés pour vérifier la validité de construit. La validité de convergence a été vérifiée entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2. Une analyse sommaire des données sur l'utilité clinique du PACSLAC-F fut effectuée en compilant les données recueillies auprès des infirmières et des infirmières-auxiliaires. Les résultats des tests de psychométrie démontrent une forte corrélation entre les items de trois catégories du PACSLAC-F ($r > .7$). La validité de convergence entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2 semble bonne car dans 11 cas sur 16, les résultats obtenus ont été les mêmes. Enfin, les infirmières et les infirmières-auxiliaires participantes considèrent l'outil pratique et facile à utiliser. Ces résultats permettent d'envisager de tester le PACSLAC-F dans un programme global de soulagement de la douleur.

Mots clés : évaluation de la douleur, clientèle âgée, démence, instruments

Abstract

Between 50 to 80% of the patients in long-term care (LTC) experience pain. Gloth (2004) mentions that nearly 25% of LTC residents do not receive any pain medication. Failure to treat pain adequately in the elderly results from many factors, but most of all from the lack of adequate tools specifically adapted for seniors. The Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), created by Fuchs-Lacelle and Hadjistavropoulos, translated and validated into French by Aubin et al. (2008) was designed to measure pain among non-communicating seniors. The PACSLAC-F (F for French), a 60 item behavioural checklist, was used in a descriptive correlation pilot study with repeated measures. The study involved the long-term care facilities of a Montréal University hospital centre, with a sample of 16 people affected by dementia aged 65 and over. The subjects were observed for three days during a period of one week, during hygiene care. Descriptive and dispersion analyses were carried out on data obtained from the subjects. Furthermore, Spearman's correlation tests helped verify the tool's construct validity and its convergent validity with the DOLOPLUS 2. Comments collected from nurses and licensed practical nurses allowed to conduct a summary analysis of the data regarding the clinical utility of the tool. The reliability and validity measurement test results were found to be satisfactory; moreover, nurses and licensed practical nurses consider the tool to be practical and easy to use. These results encourage us to test the PACSLAC-F in a comprehensive program of pain management.

Key words: Pain assessment, seniors, dementia, pain scales.

Table des matières

	Page
Liste des tableaux.....	iv
Remerciements.....	v
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 LE PROBLÈME.....	3
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	9
CHAPITRE 3 MÉTHODE.....	22
DEVIS.....	23
ÉCHANTILLON.....	23
MILIEU.....	24
INSTRUMENTS.....	24
DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	27
ANALYSES STATISTIQUES.....	28
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES.....	29
CHAPITRE 4 RÉSULTATS.....	30
CHAPITRE 5 DISCUSSION.....	38
CONCLUSION.....	45
RÉFÉRENCES.....	46
ANNEXES	
Annexe 1 Grille d'évaluation de la douleur DOLOPLUS 2	
Annexe 2 \Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées non-communicantes PACSLAC-F	
Annexe 3 Test <i>Mini Mental</i> de Folstein	
Annexe 4 Formulaire de consentement des sujets	
Annexe 5 Formulaire de consentement du personnel soignant	
Annexe 6 Questionnaire sur l'utilité clinique de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F	
Annexe 7 Grille sur les données démographiques des sujets	

Remerciements

J'aimerais profiter de la présente pour remercier les gens qui m'ont entourée et encouragée tout au long de ce projet. Je tiens entre autres à remercier :

Sylvie LeMay, ma directrice, pour son aide et son support ainsi que Christophe Fortin pour son aide pour l'analyse des données.

Je remercie aussi les membres du comité d'approbation, soit mesdames Céline Gélinas, Sylvie Lafrenière et Sylvie LeMay, ainsi que les membres du jury : Mmes Odette Roy; Sylvie Lafrenière et Sylvie LeMay.

Enfin, un remerciement particulier à mes amis et aux membres de ma famille, mais plus particulièrement à ma mère pour tout ce qu'elle m'a permis d'être...

Liste des tableaux

Tableau 1. Échelles comportementales pour la mesure de la douleur

Tableau 2. Types de démence des participants

Tableau 3. Diagnostics associés des participants

Tableau 4. Type et fréquence des analgésiques administrés aux participants

Tableau 5. Distribution des scores obtenus au PACSLAC-F pour les 3 temps de l'étude

Tableau 6. Distribution des scores obtenus avec le DOLOPLUS 2 au T-1 de l'étude

Tableau 7. Intensité de douleur obtenue avec le PACSLAC-F

Tableau 8. Intensité de douleur obtenue avec le DOLOPLUS 2

Tableau 9. Coefficient de corrélation de Spearman entre les sous-échelles PACSLAC-F

Tableau 10. Corrélation de Spearman entre PACSLAC-F (T1) et DOLOPLUS 2

Tableau 11. Tableau croisé entre le PACSLAC-F (T1) et le DOLOPLUS 2

Introduction

Le problème d'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères interpelle les infirmières, à la fois sur les plans de la clinique et de la qualité des soins. Alors qu'il existe beaucoup d'écrits traitant de la douleur chronique, de la souffrance reliée au cancer, de la douleur chez les enfants et chez les personnes âgées en général, il en existe peu qui traitent de la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères. Quant à la difficulté à évaluer et à reconnaître les signes et les symptômes de la douleur chez les personnes âgées, elle s'explique tant par la complexité du tableau clinique présenté par cette clientèle, par l'insuffisance de connaissances sur les mécanismes de la douleur et les thérapies analgésiques, que par l'insuffisance d'instruments d'évaluation de la douleur valides et spécifiquement adaptés à cette clientèle.

Le but de ce mémoire était de mesurer l'intensité de la douleur ressentie par des personnes âgées non-communicantes et atteintes de déficits cognitifs sévères, de vérifier certaines qualités psychométriques de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate Français), ainsi que d'en apprécier l'utilité clinique.

Chapitre 1

Le problème

On remarque une prévalence élevée de la douleur chez les clients âgés hospitalisés. Parmi ceux qui vivent en institution, on observe que 43 à 71% des résidents atteints de démence présentent une condition douloureuse. Dans ce dernier groupe, 30 à 40% des résidents pouvant communiquer expriment ressentir des douleurs musculo-squelettiques (Miller, Talerico, Rader, Swafford, Hiatt, & al., 2005). Selon Audet et Turgeon (2001) le problème de douleur ne fait que s'amplifier si la personne âgée est atteinte de démence et qu'elle est incapable de communiquer efficacement sa douleur.

La complexité du tableau clinique, le manque de connaissances sur les mécanismes de la douleur et les thérapies analgésiques, ainsi que le manque d'outils d'évaluation appropriés rendent difficiles l'évaluation et la reconnaissance des signes et des symptômes de la douleur chez cette clientèle. La difficulté à évaluer la douleur tient d'une part, au fait que le problème de la douleur chez la clientèle âgée passe souvent inaperçu, se manifestant par des changements de comportements et, d'autre part, à un manque de sensibilisation du personnel soignant à l'incidence de la douleur chez la clientèle âgée (Molony, Kobayashi, Holleran & Mezey, 2005). L'évaluation de la douleur exige une bonne connaissance du client, du temps pour l'observer de même qu'un instrument d'évaluation approprié, ce que la conjoncture organisationnelle actuelle dans les institutions de soins ne permet pas toujours (Latimer, 2001).

Le problème de l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence devient plus complexe lorsque le client a de la difficulté à communiquer (Audet & Turgeon, 2001). Herr et Decker (2004) ainsi que Shega, Hougham, Stocking, Cox-Haley et Sachs (2004) notent que chez le client âgé atteint de démence, les difficultés de communication ne résident pas seulement dans la difficulté à parler, ou à entendre. Il faut que le message soit cohérent et décodable pour être compris de part et d'autre entre l'intervenant et le client. Les pertes de mémoire font en sorte que, même si sur le fait le message est cohérent, décodable et bien compris, le client ne s'en rappellera plus après dix minutes. Pour Audet et Turgeon (2001), la difficulté qu'éprouvent plusieurs clients âgés atteints de démence à exprimer leur douleur et la

difficulté du personnel soignant à la percevoir constituent un obstacle à son évaluation et son traitement. Proctor et Hirdes (2001) ainsi que Molony et al. (2005) soulignent la nécessité de choisir une méthode d'évaluation de la douleur qui soit adaptée à la clientèle atteinte de démence.

Bien que les échelles numériques d'intensité et les échelles descriptives demeurent les plus fiables pour évaluer la douleur, elles sont peu utiles chez la clientèle non-communicante (Gélinas, Viens, Fortier & Fillion, 2005). Les échelles d'auto-évaluation de la douleur sous-entendent que la personne qui les utilise a la capacité de comprendre la tâche et de communiquer son expérience de douleur (Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad et Berger, 2006). La plupart des clients âgés atteints de démence sont incapables d'utiliser de telles échelles pour évaluer l'intensité de leur douleur (Fisher, 1998).

Yun-Fang, Hsiu-Hsiu, Tsung-Lan & Yeur-Hur (2004) notent que le problème de la douleur non soulagée entraîne des conséquences négatives sur la qualité de vie de la clientèle âgée. Les effets négatifs de la douleur comportent plusieurs composantes d'ordres somatique, psychomoteur et psychosocial. Dans la composante somatique, on observe de l'hyperalgésie, des changements au niveau de l'appétit et des perturbations du sommeil. Les modifications à la composante psychomotrice se manifestent par une altération de la mobilité, la personne étant portée à protéger le site douloureux. Il arrive qu'elle bouge avec précaution, évite certains mouvements ou certains gestes. De plus, elle peut présenter de l'agitation motrice et bouger continuellement ou faire des gestes répétitifs. Les modifications à la composante psychosociale sont observables par une diminution des activités récréatives et des activités de socialisation ainsi qu'une augmentation du niveau d'anxiété et de dépression. De plus, Audet et Turgeon (2001) mentionnent que la douleur non soulagée amène un double isolement chez les personnes âgées atteintes de démence et ne pouvant pas communiquer leur douleur. O'Malley (2005) ajoute que la douleur non soulagée brise l'autonomie d'une personne, contribue à augmenter sa vulnérabilité et porte atteinte à sa dignité.

Enfin, pour Fuchs-Lacelle et Hadjistravopoulos (2004) l'absence d'évaluation adéquate de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence est un enjeu fondamental de l'évaluation et du soulagement de la douleur et est très susceptible de conduire vers un plan de traitement inadéquat.

Buts de l'étude

Les buts de cette étude, à devis descriptif-corrélatif, étaient de mesurer l'intensité de douleur ressentie par des personnes âgées atteintes de démence, de vérifier certaines qualités psychométriques du PACSLAC-F et d'en apprécier l'utilité clinique.

Questions de recherche

Quelle est l'intensité moyenne de la douleur des clients âgés atteints de déficits cognitifs?

Quelles sont certaines qualités psychométriques du PACSLAC-F?

Quelle est l'utilité clinique du PACSLAC-F?

Chapitre 2

Recension des écrits

Cette recension des écrits a pour but de présenter les thèmes pertinents à la recherche. Nous allons aborder la prévalence de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence, ~~non-examinerons~~ les difficultés à évaluer la douleur chez cette clientèle, ainsi que les instruments d'évaluation de la douleur conçus spécifiquement pour ces résidants.

La prévalence de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs

Dans la population âgée de 65 ans et plus, en général, plus de la moitié des personnes éprouvent des limitations à la mobilité reliées à la douleur. En effet, 45 à 80% de clients âgés manifestent des signes de douleur (Barkin, Barkin, & Barkin, 2005; Fox, Raina & Jahad, 1999; Latimer, 2001; Proctor & Hirdes, 2001). De plus, 80% des résidants âgés vivant en institution présentent au moins un problème engendrant de la douleur : ostéoporose, ostéoarthrite, arthrite rhumatoïde, cancer, maladie dégénérative des articulations, cas postopératoires, cas de neuropathies, douleur nociceptive (Barkin & al., 2005). Parmi ces derniers, 30 à 40% des patients qui sont atteints de déficits cognitifs et qui peuvent communiquer mentionnent éprouver des douleurs musculo-squelettiques (Barkin et al., 2005; Fox et al., 1999; Gloth, 2004; Latimer, 2001; Proctor et Hirdes, 2001). À la lumière de ces statistiques, il est permis de croire que le problème ne s'améliore pas si le client âgé est non-communicant et atteint de démence. Gloth (2004) mentionne que près de 25% des résidants vivant en institution ne reçoivent pas de traitement analgésique, alors que Latimer (1999) souligne que seulement 15% des résidants reçoivent un tel traitement.

Yung Fang et al. (2004) mettent en lumière les effets négatifs de la douleur non soulagée sur la qualité de vie des personnes âgées. En effet, la douleur chronique entraîne une diminution de la mobilité physique, de l'isolement social, un état dépressif, des perturbations aux niveaux du sommeil et de l'appétit, une augmentation des risques de chutes, un temps de récupération plus long et l'accélération de la détérioration des fonctions cognitives (Yung-Fang et al., 2004). Lorsqu'on y songe, il y a lieu de se questionner sur les raisons qui font que la douleur n'est pas évaluée chez ces résidants, et sur ce qui rend si difficile son évaluation.

Les obstacles à l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée

La difficulté à évaluer la douleur chez la clientèle âgée est imputable à plusieurs éléments. Savoie et LeMay (2005) ont identifié certains facteurs faisant obstacle à l'évaluation et au soulagement de la douleur par les infirmières et les ont regroupé sous deux catégories : 1) ceux directement liés à la personne âgée et 2) ceux qui sont liés au personnel soignant. Parmi les obstacles liés à la personne âgée, on retrouve la composante de la démence qui rend l'évaluation difficile, mais aussi l'attitude de certaines personnes âgées qui hésitent à signaler leur douleur au personnel soignant. Le mythe du «bon patient» qui ne se plaint jamais subsiste encore. Il y a aussi la peur des conséquences, par exemple d'avoir à subir des examens diagnostiques, de l'hospitalisation, de devoir subir une chirurgie ou un changement de médicaments. Il y a également la peur de mourir. De même, les fausses croyances face aux médicaments analgésiques opioïdes persistent. Quant aux obstacles liés au personnel soignant, ces mêmes auteurs signalent que le manque de connaissances en gestion de la douleur, et les mythes et les stéréotypes à l'égard de la souffrance et de l'analgésie chez les personnes âgées constituent les principales sources de difficulté à l'évaluation et au soulagement adéquat de la douleur. Ces auteurs notent chez les infirmières une lacune au plan des connaissances en pharmacologie, notamment par rapport à l'administration de la médication prescrite au besoin et à l'administration de médication opioïde aux personnes âgées.

Plus spécifiquement, Yates, Dewar, Fentiman (1995) remarquent que les résidents âgés se sont résignés à la douleur. Ils sont peu enclins à en parler et sont ambivalents face aux modes de traitements analgésiques (Yates, Dewar, Fentiman, 1995). Parmi les facteurs liés aux professionnels, Hudon (2005) constate une lacune au niveau de la formation adéquate en douleur chez les professionnels de la santé, alors que Shega et al. (2004) notent qu'il existe un manque de sensibilisation au problème de la douleur des personnes âgées atteintes de démence, ainsi qu'une réticence à prescrire et à administrer des opioïdes. À tous ces facteurs s'ajoute la difficulté à évaluer la douleur avec justesse, à cause du peu d'instruments d'évaluations qui soient valides et conçus spécifiquement pour évaluer la clientèle âgée atteinte de démence (Shega et al., 2004).

Les instruments d'évaluation de la douleur utilisés pour les personnes âgées atteintes de démence

Afin de guider le développement d'échelles adéquates pour les personnes âgées atteintes de démence, l'American Geriatric Association (AGS) a identifié six types de comportements associés à la douleur qui peuvent être observés chez cette clientèle. Il s'agit : 1) des expressions faciales telles que regard fixe, plissement des yeux, grimaces, etc., 2) des comportements verbaux ou des vocalisations tels que grognements, cris «aïe!», murmures, râles et plaintes, 3) des mouvements corporels tels que rigidité, posture antalgique, protection, lenteur et hyperactivité, 4) des changements dans les comportements sociaux et interpersonnels tels que l'agressivité, la résistance aux soins, l'isolement social et le retrait, 5) les changements dans les routines d'activités, comme par exemple, refus de s'alimenter, changement dans l'appétit ou dans le pattern de sommeil, et 6) les changements dans l'humeur et l'état mental du client comme les pleurs, l'augmentation de la confusion, l'errance, et l'irritabilité (AGS, 2002). Par conséquent, ces comportements observables constituent des indices précieux pour détecter la douleur chez une clientèle atteinte de démence et éprouvant des difficultés à communiquer.

Dans une revue systématique des écrits empiriques sur les instruments d'évaluation de la douleur des aînés atteints de démence, Zwakhalen et al. (2006) ont identifié douze échelles comportementales parmi les 29 publications retenues, parues entre 1988 et 2005. Le Tableau 1, inspiré de Zwakhalen et al. (2006) illustre les qualités psychométriques de ces différentes échelles. Zwakhalen et al. (2006) soulignent que parmi les échelles retenues, aucune de celles-ci ne peut être déclarée comme étant la plus adéquate pour identifier la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence. Cependant, basé sur les critères de qualité des instruments relativement à la validité et à la fiabilité, les auteurs soulignent que le PAINAD, le PACSLAC, le DOLOPLUS 2 (voir Annexe 1) et l'ECPA ont démontré les meilleures qualités psychométriques. Pour cette raison, la présente ^{recherche} revue présente sommairement les instruments d'évaluation de la douleur cités par Zwakhalen et al. (2006) et détaille plus spécifiquement le

DOLOPLUS 2, l'EPCA, l'ESC et le PACSLAC-F (F pour français) (voir Annexe 2) qui possèdent des avantages cliniques et psychométriques mieux reconnus.

Le DOLOPLUS 2 (Wary et le Collectif Doloplus, 1992) et l'Échelle Comportementale pour Personne Âgée [ECPA] (Morello et Alix, 1998) ont été inspirés de l'échelle Douleur Enfant Gustave Roussy (DEGR). Disponible en français et en anglais, le DOLOPLUS 2 est une échelle comportementale d'évaluation de la douleur qui comporte 10 items regroupés en 3 catégories : le retentissement somatique, le retentissement psychomoteur et le retentissement psychosocial. Les items sont gradués selon une échelle de réponses variant de 0 (minimum) à 3 (maximum), pour un résultat maximal de 30. Un résultat plus grand ou égal à 5/30 indique un état de douleur (Lefebvre-Chapiro et Doloplus Group, 2001). Le résultat obtenu par le DOLOPLUS 2 ne représente pas une expérience de douleur vécue à un moment spécifique, il fait plutôt état de la progression de l'expérience de douleur sur une période de temps (Zwakhalen et al., 2006). En d'autres termes, il donne une idée générale de l'état du client et non pas un portrait exact de la condition du client au moment où il a été évalué. De plus, l'instrument est moins utile lorsqu'il s'agit d'évaluer la douleur chronique chez une clientèle âgée grabataire ou alitée avec des contractures sévères (Pradines, Pradines, Poli, Manteau, 2005). Le DOLOPLUS 2 a été validé auprès de clientèles hospitalisées dans des centres de gériatrie et de soins palliatifs (Wary, Serbouti et le Collectif Doloplus, 2001). La validité de l'instrument DOLOPLUS 2 est critiquée dans la littérature en raison du trop petit nombre d'items et du manque de spécificité de certains d'entre eux. Par exemple les critères englobant le retentissement somatique ne sont pas précis quant à la localisation et à l'intensité de la douleur, ou encore, les critères en regard des positions antalgiques au repos manquent de pertinence pour un patient grabataire qui n'a pas le choix de sa position. Quant au critère sur la protection de la zone douloureuse, celui-ci implique que le patient ait la capacité cognitive et praxique pour protéger la zone douloureuse. Les critères sur les expressions faciales sont plus pertinents, mais sont limités dans le cas de patients atteints de paralysie faciale, ou de Parkinson (faciès figé) (Aubin et al., 2008; Pradines et al., 2005).

Tableau 1 Échelles Comportementales pour la mesure de la douleur (inspiré de Zwakhalen et al., 2006)

INSTRUMENTS	ÉCHANTILLON	FIDÉLITÉ	VALIDITÉ CONVERGENTE	FIABILITÉ TEST – RETEST	FIABILITÉ INTER-JUGES
DOLOPLUS 2 Wary et al. (1992)	N= 510 sujets N> 100 avec déficits cognitifs	$\alpha = 0.82$	Significative DOLOPLUS 2 et VAS $p < 0.001$	Non disponible	$P < 0.001$ $n = 2$
Échelle Comportementale Simplifiée [ECS] Le Quintec et al. (1995)	N = 146 sujets	Validité et fiabilité non disponibles	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Observational Pain Behavior Tool Simons et Malabar (1995)	N = 105 sujets 39/105 sont non communicants	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Échelle Comportementale pour Personne Agée [ECPA] Morello et al. (1998)	N = 118 sujets	Cronbach = .70	Échelle visuelle analogue (VAS) et ECPA : $r = 0.67$	Fiabilité intra-classe $r = +0.80$	Non disponible
Checklist of Noverhal Pain Indicator [CNPI] Feldt (2000)	N= 88 sujets dont 35 avec déficits cognitifs	Modérée Repos : α Cronbach = 0.54 Activité : α Cronbach = 0.64	Corrélé avec le VDS Repos : $r = 0.372$ Activité $r = 0.428$	Non disponible	En accord à 93%
The Pain Assessment In Advanced Dementia Scale [PAINAD] Warden et al. (2003)	N = 19 sujets avec déficits cognitifs	Modérée à faible $\alpha < .70$	VAS/PAINAD Pearson r entre 0.75 et 0.76	Fiabilité interne élevée : Pearson $r = 0.82 - 0.97$	
The Pain Assessment for Dementing Elderly [PADE] Villanueva et al. (2003)	Étude #1 N = 25 sujets avec déficits cognitifs Étude #2 N = 40 sujets avec déficits cognitifs	Non disponible	Non disponible	$r = 0.34$ pour les activités de la vie quotidienne	Pearson r entre 0.54-0.96
Abbey Pain Scale Abbey et al. (2004)	Étape #1 N = 52 sujets avec déficits cognitifs Étape #2 N = 61 sujets avec déficits cognitifs	$= 0.74 - 0.81$ (étude #1)	Comparés avec impressions holistiques $r = 0.59$	Non disponible	Non disponible
Non-communicative Patient's Pain Assessment Instrument [NOPPAIN] Snow et al. (2004)	N= 37 sujets avec déficits cognitifs, filmés sur 6 vidéos N= 21 infirmières-auxiliaires (6 vidéos)	Consistance interne ($\alpha = 0.74 - 0.81$)			Vidéo gold standard/évaluation inf.-aux Kappa = 0.87
Pain Assessment scale for use with cognitively impaired adults Davies et al. (2004)	N = 27 sujets avec déficits cognitifs N= 14 infirmières	Non disponible	Non disponible	Non-disponible	Non disponible
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate [PACSLAC] (Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos, 2004)	Étude #1 N = 28 infirmières Étude #2 N = 40 infirmières Étude #3 N = 40 infirmières Étude rétrospective	$\alpha = 0.82-0.92$ α de Cronbach entre 0.55- 0.73	Le score global moyen de douleur PACSLAC $r = 0.39-0.54$		
Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate [PACSLAC-F] (F pour français) (Aubin et al., 2008)	N= 86 sujets avec déficits cognitifs	Consistance interne (Cronbach=.74).	Comparaison avec le DOLOPLUS 2 ($r = 0.80$; $p < 0.0001$).		Situation de calme (CIC = 0.93) Situation de douleur (CIC=0.94).

Morello et Alix (1998) se sont inspirés du DEGR pour élaborer l'Échelle Comportementale pour Personne Âgée (ECPA), disponible en français et en allemand. L'ECPA est conçue pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée non-communicante. L'ECPA s'avère utile pour évaluer la douleur chez les clients grabataires, mais pas pour les clients dans un état végétatif chronique (Pradines et al., 2005). L'instrument dans sa version initiale est composé de 11 items et permet d'explorer 3 dimensions : l'observation avant les soins, l'observation durant les soins et l'observation durant l'activité. Chaque item est évalué selon une échelle variant de 0 pour absence de douleur, à 4 pour une douleur intense, pour un résultat maximal de 44. Le résultat obtenu représente l'intensité de la douleur; plus celui-ci est élevé, plus la douleur est intense. L'instrument demande une bonne connaissance du client. De plus, il ne discrimine pas les états de détresse psychologique des états de douleur. Certains aspects des comportements associés à la douleur et identifiés par l'AGS (2002) manquent de précision, notamment en regard des changements subtils dans les comportements sociaux. On ne retrouve pas d'items décrivant l'isolement social comme la participation aux activités récréatives, le retrait des activités, le repli sur soi ou le refus de collaborer. Selon Zwakalhen et al. (2006), les échelles comportementales d'évaluation de la douleur devraient être assez sensibles pour détecter les changements subtils dans les comportements des personnes âgées atteintes de démence. Toujours selon ces auteurs, ces items très spécifiques ajoutent des informations importantes et pertinentes et sont très utiles aux infirmières pour dresser un tableau réel de la condition de douleur de la personne âgée non-communicante. Dans cette perspective, les échelles comportementales d'évaluation de la douleur devraient comprendre des indicateurs qui décrivent précisément la nature des changements dans les comportements.

Quant à l'Échelle Comportementale Simplifiée (ECS), elle a été élaborée par Le Quintrec, Maga et Beaulon (1995) qui se sont inspirés des commentaires obtenus par une équipe multidisciplinaire composée de médecins et d'infirmières. L'instrument a été conçu pour aider les soignants à déceler les changements de comportement associés à des manifestations de douleur chez une clientèle âgée ne pouvant pas communiquer sa souffrance. L'instrument présente 10 items. Les 6 premiers sont évalués après les soins,

soit les comportements spontanés, les mimiques douloureuses, l'intérêt pour l'environnement, le regard, la posture et le contact verbal. Les items 7 et 8, ayant trait aux réactions aux soins et à la mobilisation, sont évalués durant les soins. Quant aux items 9 et 10, concernant les troubles du sommeil et de l'alimentation, ils sont évalués toutes les 24 heures. Le résultat peut varier de 0 (douleur très improbable) à 10 (douleur très probable). Un résultat inférieur ou égal à 3 est peu évocateur de douleur, tandis qu'un résultat supérieur à 3 indique une douleur. L'ECS s'avère un instrument facile d'utilisation qui est utile pour dépister systématiquement la douleur (Pradine et al., 2005). Par contre, il demande une observation en trois temps, ce qui prolonge la durée nécessaire pour compléter la grille.

Un autre instrument l'*Observational Pain Behavior Tool* (OPBT), développé par Simmons et Malabar (1995), est utilisé pour mesurer la douleur auprès de clients âgés qui sont hospitalisés. L'instrument sous forme de grille de données comprend 25 comportements associés à des manifestations de douleur. Les résultats sont basés sur la présence de comportements à certains moments de la journée et n'incluent pas d'information sur l'intensité de la douleur. L'OPBT ne permet pas une évaluation ponctuelle du client, mais offre une évaluation globale de la condition du client. Pour évaluer l'utilité clinique de l'instrument, une étude pilote a été conduite auprès de 105 personnes âgées hospitalisées (Simmons et Malabar, 1995). L'étude a porté sur l'observation de comportements de douleur ainsi que sur l'évaluation des interventions pour son soulagement. Les membres du personnel soignant ayant utilisé l'instrument relèvent que l'utilisation de celui-ci ne nécessite pas une connaissance approfondie du client; dans les contextes de soins où il y a un grand roulement de personnel, ceci représente donc un avantage (Zwakhalen et al., 2006).

L'*Abbey Pain Scale* (Abbey, Piller, Bellis, Esterman, Parker et al., 2004) a été développé à partir de l'*Observational Pain Behavior Tool* pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs à un stade terminal. Il s'agit d'une échelle descriptive qui comporte six items avec 4 modalités de réponse : la vocalisation, l'expression faciale, les changements dans le langage corporel, les changements dans les

comportements, les changements physiologiques et les changements physiques. Ces items sont gradués sur une échelle de 0 (absence) à 3 (intense). Le résultat total se situe entre 0 et 18; un score inférieur à 3 signifie qu'il y a peu de douleur ressentie, un score se situant entre 8 et 13 indique une douleur modérée et un score plus élevé que 14 indique une douleur sévère. L'instrument a été mis à l'épreuve auprès de personnes âgées en centres d'hébergement de soins de longue durée. Cependant, l'Abbey Pain Scale ne différencie pas les situations de détresse psychologique des situations de douleur (Abbey et al., 2004). De plus, l'instrument ne présente pas de critères évaluant les changements dans les comportements sociaux comme les interactions interpersonnelles et l'état de confusion, tel que le recommande l'AGS (2002).

Warden, Hurley et Vollicer (2003) ont conçu le *Pain Assessment in Advanced Dementia Scale* (PAINAD) qui comporte 5 items soit : la respiration, les verbalisations négatives, les expressions faciales, le langage corporel et le besoin de réassurance. L'échelle varie de 0 à 2. Par exemple, pour l'item respiration, une cote 0 est notée lorsqu'elle est normale, une cote 1 est attribuée en présence de courtes périodes d'hyperventilation ou de tirage occasionnel, tandis qu'on attribue une cote 2 lorsque la respiration est très laborieuse avec de longues périodes d'hyperventilation et même pour une respiration de type Cheyne-Stoke. Le score global varie de 0 à 10. Cet instrument a été élaboré pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence sévère. Le PAINAD a été mis à l'essai dans un centre de soins de longue durée auprès de 19 patients atteints de déficits cognitifs sévères. La taille réduite de l'échantillon pose une limite à la généralisation des résultats obtenus. De plus, le nombre d'items étant restreints (n=5), l'instrument ne différencie pas les situations de douleur des situations de détresse psychologique. Il ne comporte pas de critères pour évaluer les changements dans les comportements sociaux comme les interactions interpersonnelles, ni pour les activités. L'instrument ne comporte pas de critères pour évaluer les changements de l'état mental du client. De plus, une formation est nécessaire avant d'utiliser le PAINAD, un manuel d'instruction est fourni avec l'instrument. Une période d'observation du patient de cinq minutes est nécessaire avant de pouvoir appliquer l'instrument (Zwakhalen et al., 2006).

Un autre instrument a été conçu pour évaluer la douleur de personnes âgées atteintes de déficits cognitifs durant les soins au quotidien, soit le *Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument* (NOPPAIN) (Snow, Weber, O'Malley, Cody, Beck, Bruera, et al., 2004). Il comporte quatre thèmes permettant de recueillir de l'information en regard des comportements associés à la douleur en tenant compte du contexte dans lequel les soins sont prodigués. Les thèmes sont les bruits (grognements, cris, marmonnement), les expressions faciales (sourcils froncés, visage crispé), l'agitation motrice, ainsi que le contexte de soins dans lequel les manifestations de douleur se sont produites (l'habillage, le bain, les soins d'hygiène). L'instrument a été évalué initialement auprès d'un échantillon de 37 clients atteints de démence dans un milieu de soins de longue durée. Puis la version préliminaire de NOPPAIN a été vérifiée auprès de 21 infirmières-auxiliaires qui n'avaient pas reçu de formation sur l'utilisation de l'instrument. Elles ont regardé six vidéos simulant chacun une situation de douleur où un patient grabataire atteint de démence sévère recevait des soins d'hygiène par un membre du personnel soignant. Par la suite, les infirmières-auxiliaires ont complété une échelle NOPPAIN pour chaque vidéo et ont inscrit sur une échelle numérique ce qu'elles croyaient être l'intensité de la douleur pour chaque situation. Les scores obtenus par l'instrument comparés avec les scores des infirmières-auxiliaires inscrits sur une échelle numérique, indiquent une validité de construit adéquate ($Kappa = 0.87$). L'échelle apporte certainement une contribution intéressante à l'évaluation de la douleur, mais elle n'a pas été testée extensivement pour la validité et la fiabilité. Les résultats obtenus sont difficilement généralisables car les chercheurs ont utilisé des vidéos simulant des situations de soins, plutôt que de vérifier les qualités de l'instrument en utilisant des situations réelles (Zwakhlen et al., 2006). Cette façon de faire peut entraîner un biais car souvent la réalité apporte des nuances qu'un scénario ne peut illustrer. De plus, ce sont des infirmières-auxiliaires qui ont vérifié l'instrument. La question se pose à savoir si les infirmières-auxiliaires ont la compétence nécessaire pour évaluer un problème complexe comme la douleur chez la clientèle non-communicante et atteinte de démence (Zwakhlen et al., 2006).

Un autre outil d'évaluation a été développé à partir d'une revue des écrits empiriques, d'entrevues auprès du personnel infirmier et d'observations auprès de la clientèle, soit le *Pain Assessment for Dementing Elderly* (PADE) (Villanueva, Smith, Erikson, Lee et Singer, 2003). Le PADE a été élaboré pour mesurer la douleur chez la clientèle atteinte de déficits cognitifs sévères. Il a été utilisé sur des unités de soins longue durée avec un échantillon total de 65 personnes âgées atteintes de déficits cognitifs. L'instrument comporte 24 items regroupés autour de trois composantes qui concernent l'évaluation des expressions faciales, les activités de la vie quotidienne et la douleur telle que perçue par le personnel soignant. Le choix de réponses est hétérogène car il regroupe plusieurs critères de différentes catégories, ce qui rend son utilisation difficile et complexe. De plus, l'utilisation requiert une formation préalable. Enfin, l'instrument ne comporte que quatre des six domaines de comportements associés à la douleur recommandés par l'AGS (2002). À cela s'ajoute l'absence de critères d'évaluation relatifs aux changements dans les comportements sociaux comme les relations interpersonnelles et les changements dans l'état de confusion. Seuls quelques items réfèrent à l'autonomie fonctionnelle (Aubin et al., 2008).

Le *Pain Assessment Scale for Cognitively Impaired Adults* a été conçu par Davies, Male, Reimer, Turner et Wylie (2004). Cet outil évalue la douleur de la clientèle âgée atteinte de démence selon plusieurs dimensions : la dimension psychologique, l'auto-évaluation, les expressions faciales, les comportements habituels associés à la douleur et les changements dans les comportements associés à la douleur. Une étude pilote a été menée par Davies et al. (2004) pour évaluer l'utilité clinique de l'instrument auprès d'un échantillon de 27 personnes âgées atteintes de démence sur une unité prothétique dans un centre de soins de longue durée. L'instrument n'a pas toujours été complété et a été perçu par les infirmières et les infirmières-auxiliaires comme complexe et requérant trop de temps pour le compléter.

La convivialité d'un instrument représente un avantage clinique évident. Les grilles à cocher, faciles à compléter, semblent être appréciées par le personnel soignant. Parmi les instruments qui se présentent sous cette forme, nous retrouvons le *Checklist of*

Nonverbal Pain Indicator (CNPI) (Feldt, 2000) et le *Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate* (PACSLAC) (Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos, 2004).

Le CNPI (Feldt, 2000) a été conçu pour évaluer la douleur chronique chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de démence. Les données obtenues à l'aide de cet instrument sont recueillies à partir des observations de clients durant des périodes de repos et d'activités. L'instrument comporte 6 items avec un choix de réponses dichotomique, pour un résultat maximal de 6. Un score variant de 1 à 2 indique une douleur de faible intensité tandis qu'un score de 3 à 4 indique une douleur modérée et celui de 5 à 6 indique une douleur intense. L'outil a été vérifié auprès d'un échantillon de convenance composé de 88 personnes âgées de 65 ans et plus, présentant une fracture de la hanche et dont 53 avec un résultat au test *Mini Mental* au-dessous de 23 (moyenne=12.2). La validité de convergence a été vérifiée en comparant le CNPI avec le *Verbal Descriptive Scale* (VDS), l'instrument a obtenu une corrélation significative seulement durant la période d'activité, cependant les scores étaient faibles ($r=.372$ au repos et $r=.428$ durant l'activité). De plus, les résultats obtenus pour la consistance interne sont modérés ($\alpha =.54$ au repos et $\alpha=.64$ durant l'activité). En se basant sur les résultats obtenus, le CNPI présente de pauvres qualités psychométriques (Zwakhalen et al., 2006).

Une équipe de chercheurs canadiens a conçu le PACSLAC (Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos, 2004) à l'intention des personnes âgées atteintes de démence. L'instrument comprend 60 items répartis selon quatre catégories : 1- les expressions faciales (13 items), 2- les activités et les mouvements du corps (20 items), 3- l'aspect social, la personnalité et l'humeur (12 items), 4- les indicateurs physiologiques, les changements dans l'alimentation et le sommeil ainsi que les comportements verbaux (15 items). Le grand nombre d'items assure une bonne validité de contenu à l'instrument. Contrairement aux autres échelles comportementales d'évaluation de la douleur, le PACSLAC permet de discriminer entre les situations de douleur, de calme et de détresse. Cette propriété est déterminante car pour évaluer la douleur chez la clientèle

âgée avec déficience cognitive, un instrument doit tenir compte d'indicateurs susceptibles d'expliquer la subtilité des changements dans les comportements. Comme nous l'avons vu précédemment, les échelles d'évaluation PAINAD, DOLOPLUS 2 et EPCA ont tendance à insister sur les indicateurs généraux, comme les expressions faciales, tandis que le PACSLAC met l'emphasis sur les changements subtils dans les comportements, par exemple, il détaille les expressions faciales en précisant comment le visage change d'expression : sourcils froncés, front plissé, etc. Dans un contexte de soins particuliers, à notre connaissance, l'instrument est l'un des rares qui a été développé spécifiquement à partir d'une banque d'items spécifiquement reliés aux comportements associés à la douleur chez la clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs sévères. Par contre, cet outil a été initialement validé auprès d'infirmières à qui l'on a demandé de compléter la grille à partir de cas de personnes âgées atteintes de démence ayant vécu une expérience de douleur : 40 sujets ont été observés rétrospectivement. On demandait aux infirmières de se souvenir d'événements passés concernant des épisodes de douleur vécues chez leurs clients. Cette pratique apporte un sérieux biais relativement aux résultats obtenus en regard de la validité et de la fiabilité de l'instrument, imposant ainsi une limite à la généralisation des résultats (Zwakhalen et al. 2006).

Une version française du PACSLAC vient d'être produite par une équipe de chercheurs des universités de Laval, de Montréal et de Sherbrooke (Aubin et al., 2008). Une première étude de validation de l'instrument PACSLAC-F (F pour français) est terminée (Aubin et al., 2008). Contrairement au processus suivi lors de la validation de la version originale de l'instrument qui a été réalisée rétrospectivement, celle du PACSLAC-F a été effectuée prospectivement. Dans la première phase de validation, des infirmières oeuvrant dans des centres de soins longue durée ont complété la grille auprès de 86 résidents atteints de démence, dans des situations de douleur, de calme et de détresse. Ainsi, il a été possible de vérifier les fiabilités intra et inter observateurs, la consistance interne et la validité discriminante de l'outil. Les infirmières ont aussi eu à inscrire sur une échelle de 0 (absence de douleur) à 10 (douleur intense) leur estimation du niveau de la douleur ressentie par les résidents. La validité discriminante évaluée à

partir des résultats moyens obtenus dans les trois situations (situation de calme, $n=409$, moyenne \pm écart-type $=4,1 \pm 3,5$; situations de douleur, $n=403$, $8,6 \pm 3,9$; situations de détresse, $n=61$, $10,8 \pm 4,1$; $p<0.0001$) démontre la capacité de l'outil à faire la distinction entre les situations de calme, de douleur et de détresse. L'analyse de régression (estimation de l'infirmière du niveau de douleur $n=178$: aucune douleur (0/10) et score moyen PACSLAC-F $2,4 \pm 3,1$; estimation de l'infirmière du niveau de douleur peu de douleur $n=86$ (1/10 à 2/10), et score moyen PACSLAC-F $4,7 \pm 3,3$ et estimation de l'infirmière du niveau de douleur significative (> 2) $n=42$ et score moyen PACSLAC-F $10,2 \pm 5,2$) montre une similarité entre l'estimation par des infirmières du niveau de douleur ressentie et les résultats obtenus par la grille PACSLAC-F (Aubin et al., 2008).

Dans la deuxième phase de validation, 26 sujets ont été observés dans le contexte habituel des soins d'hygiène, pour 306 observations. Le résultat global moyen obtenu par la grille PACSLAC-F était de 4,1 à 4,4. La validité convergente avec le DOLOPLUS 2 a été mesurée à partir du coefficient de corrélation de Pearson et présente une forte association entre le score du PACSLAC-F et celui de DOLOPLUS 2 ($r=0,80$; $p<0,0001$). Pour la consistance interne, les résultats demeurent satisfaisants avec un Alpha de Cronbach de 0,74. Les commentaires reçus des infirmières qui ont utilisé l'instrument près d'une vingtaine de fois auprès de 18 patients sont très encourageants. Elles décrivent l'instrument comme étant facile à utiliser. En effet, bien que la liste des items soit longue, la grille peut être complétée en cinq minutes, ce qui a pour avantage de ne pas alourdir les tâches du personnel soignant. De plus, les infirmières estiment qu'il est facile d'observer les comportements du client et de cocher en même temps les items observables, tout en ne nécessitant pas une connaissance approfondie de la personne âgée. Ces différentes données suggèrent que le PACSLAC-F se compare avantageusement aux instruments d'évaluation de la douleur déjà existants à l'intention de la clientèle âgée atteinte de démence. De plus, cet outil a été élaboré spécifiquement dans un contexte de soins de longue durée et vérifié auprès d'une clientèle résidant en CHSLD. De tous les instruments recensés dans la littérature, le PACSLAC-F est l'un de ceux dont les efforts de validation sont les plus déterminants

(Aubin et al., 2008). Cependant, l'instrument devra encore être testé auprès d'un échantillon plus grand et dans un contexte de soins où la douleur est évaluée de façon systématique (Aubin et al., 2008).

À la lumière de ces différents constats portant sur plusieurs instruments d'évaluation de la douleur conçus pour être utilisés chez la clientèle âgée et atteinte de démence, on remarque que le PACSLAC-F est retenu pour plusieurs raisons. D'abord, son utilisation facile pour les cliniciens représente un avantage évident sur bien d'autres instruments. De plus, cet outil respecte les recommandations de l'AGS (2002), en incluant des items dans les six catégories de comportements associés à la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs. Enfin, le PACSLAC-F était le seul instrument d'évaluation de la douleur traduit et validé en français auprès d'une clientèle âgée atteinte de démence hébergée en CHSLD et vivant au Québec. Pour toutes ces raisons, l'instrument d'évaluation PACSLAC est l'instrument le plus pertinent permettant de mesurer la douleur moyenne chez la clientèle âgée atteinte de démence.

Chapitre 3

La méthode

Ce chapitre aborde la méthode qui a été utilisée pour la présente étude. Le devis, l'échantillon, le milieu, les instruments qui ont été employés, le déroulement de l'étude, les tests statistiques ainsi que les considérations éthiques sont tour à tour expliqués et détaillés.

Devis

Cette étude pilote à devis descriptif-corrélational avait pour but de mesurer l'intensité moyenne de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence, de vérifier certaines qualités psychométriques de l'instrument PACSLAC-F et d'évaluer son utilité clinique.

Échantillon

Il s'agissait d'un échantillon de convenance. Sur les unités visées, les clients admis étaient âgés de 18 ans et plus, sans distinction pour le sexe, la langue ou l'ethnie. Parmi les 129 clients admis, il n'a été possible de recruter que 16 sujets présentant un résultat au test *Mini Mental* de Folstein inférieur à 24 (voir Annexe 3), sur une période de douze semaines. L'échantillon de patients observés (n=16) était composé de 9 hommes et 6 femmes admis sur les unités de soins de longue durée du centre hospitalier universitaire depuis en moyenne quatre mois. L'âge moyen des sujets était de 80 ans, l'étendue de l'âge était de 65 à 92 ans. Tous parlaient et comprenaient le français.

Quant à la condition neuro-cognitive des patients, un diagnostic de démence de type Alzheimer était inscrit au dossier pour 5 sujets sur 16. Quatre sujets sur 16 présentaient un diagnostic de démence vasculaire et 7 sujets sur 16 présentaient un diagnostic de démence mixte ou tout autre type associé à une démence. Tous les sujets à l'étude ou les mandataires ou la curatelle publique ont signé un formulaire de consentement (Annexe 4).

Pour recueillir les données auprès des résidants, quatre infirmières et infirmières-auxiliaires ont accepté, seulement deux ont signé le consentement (Annexe 5). Elles avaient toutes au moins deux années d'expérience à l'unité, elles

étaient âgées entre 25 et 50 ans. Les infirmières et infirmières-auxiliaires participant à l'étude maîtrisaient toutes la langue française.

Critères d'inclusion

Pour l'échantillon des résidants, les sujets devaient être âgés de 65 ans et plus, être hébergés sur une unité de soins longue durée d'un centre hospitalier universitaire de Montréal. Les sujets sélectionnés devaient avoir inscrit au dossier un diagnostic de démence et un résultat au test Mini-Mental inférieur à 24/30. Il s'agissait de personnes qui ne nécessitaient pas de soins aigus, qui souvent provenaient d'un centre de réadaptation. Ces personnes étaient en perte d'autonomie irréversible dont l'état nécessitait un encadrement biopsychosocial continu. La condition de ces personnes était stable sur le plan médical et les soins actifs avaient été complétés. Étaient exclus les sujets présentant une pseudo démence dépressive.

Pour l'échantillon des infirmières et infirmières-auxiliaires, les professionnelles retenues devaient avoir au moins trois mois d'expérience en soins de longue durée et avoir travaillé sur les unités de soins participant au projet depuis au moins un mois. Elles devaient aussi posséder la maîtrise de la langue française.

Milieu

L'étude s'est déroulée sur trois des quatre unités de soins de longue durée d'un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal.

Instruments

Trois instruments ont été utilisés pour la présente étude : le test *Mini Mental* (MMS)(Folstein, Folstein & McHugh, 1975) pour sélectionner les sujets à l'étude et assurer une certaine homogénéité de l'échantillon, la grille d'évaluation DOLOPLUS 2 pour vérifier la validité de convergence du PACSLAC-F, et le PACSLAC-F. Pour évaluer l'utilité clinique du PACSLAC-F, nous avons utilisé un questionnaire inspiré d'Aubin et al. (2008) (voir Annexe 6) portant sur des aspects reliés à la facilité d'utilisation du PACSLAC-F. Les données démographiques ont été recueillies à l'aide d'une grille élaborée par l'étudiante (Annexe 7).

Le Mini Mental

Le *Mini Mental* a été développé par Folstein et al. (1975). C'est un des tests les plus utilisés pour évaluer les troubles de la mémoire. Ce test explore les fonctions cognitives globales en termes d'orientation dans le temps et l'espace, d'apprentissage et d'enregistrement, d'attention et de calcul, de rappel et de rétention mnésique, de langage et de praxie constructive. Un point est accordé pour chaque bonne réponse aux questions, pour un maximum de 30 points. Un résultat inférieur à 24/30 est considéré comme anormal. Un résultat inférieur à 12/30 reflète une atteinte cognitive sévère. Il fallait s'assurer que les sujets ne souffraient pas de pseudo-démence en vérifiant si ceux-ci avaient un diagnostic de démence. Tous les sujets sélectionnés pour la présente étude devaient obtenir un résultat au test *Mini Mental* inférieur à 24/30 et avoir inscrit au dossier un diagnostic de démence.

Le DOLOPLUS 2

L'échelle de comportements DOLOPLUS 2, développée par Wary et le Collectif DOLOPLUS et DOLOPLUS 2 (1999) comporte 10 items qui sont regroupés sous 3 grandes catégories : le retentissement somatique, le retentissement psychomoteur et le retentissement psychosocial. Chaque item peut être décrit selon une dimension et gradué de 0 à 3, représentant ainsi une augmentation de l'intensité de la douleur. Un résultat supérieur ou égal à 5/30 suppose un état de douleur. Le résultat du DOLOPLUS 2 ne représente pas la douleur à un moment spécifique, mais reflète sa progression, il donne une idée générale de l'état du client (Wary & le Collectif DOLOPLUS et DOLOPLUS 2, 1999; Lefebvre-Chapiro & The DOLOPLUS Group 2001; Zwakhalen et al., 2006). Cette échelle est fréquemment utilisée dans les milieux francophones pour évaluer la douleur (Aubin et al., 2008), c'est pourquoi elle a été choisie pour vérifier la validité convergente du PACSLAC-F dans le cadre de cette étude.

Le PACSLAC-F

Le PACSLAC-F initialement développé par Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos (2004) et traduit et adapté au contexte clinique québécois par Aubin et al. (2008) présente 60 items regroupés dans 4 catégories : les expressions faciales (13 items), les activités et les mouvements du corps (20 items), l'aspect social, personnalité et humeur (12 items) et les indicateurs physiologiques, les changements dans l'alimentation et le sommeil ainsi que les comportements verbaux (15 items). Un avantage du PACSLAC-F est qu'il permet de différencier les situations de douleur, de calme et de détresse (Aubin et al., 2008). Une estimation plus précise de la douleur est possible par la liste des items concernant la douleur chronique chez la clientèle atteinte de déficits cognitifs. Le score global de la douleur ressentie par le patient est obtenu par l'addition des items cochés sur la grille pour un score minimal de zéro et maximal de 60. Un score de 6 et plus indique une présence de douleur, tandis qu'un score entre 0 et 5 n'est pas indicatif de la présence de douleur. Le PACSLAC-F s'avère un instrument d'évaluation de la douleur qui présente un potentiel d'utilité clinique pour évaluer et surveiller les changements dans les comportements associés à la douleur chez les personnes atteintes de démence. L'instrument est facile à utiliser, et il ne requiert que quelques minutes pour le clinicien pour être complété.

Le questionnaire sur l'utilité clinique inspiré d'Aubin et al. (2008) comportait neuf questions ouvertes. Une question portait sur la clarté et la pertinence des items. Pour quatre autres questions, on demandait aux infirmières de décrire le contexte dans lequel le PACSLAC-F était utilisé, ce qu'elles pensaient de la facilité d'utilisation de l'outil, du temps requis pour compléter et si la connaissance du sujet représentait un atout pour utiliser l'outil. Une autre question portait sur la douleur minimale qui nécessite une action de la part des infirmières. Une question porte sur l'intégration du PACSLAC-F dans leur routine de soins et deux autres sur les avantages et les désavantages de l'utilisation de l'outil d'évaluation.

Les données démographiques ont été recueillies à partir des dossiers des clients avec une grille élaborée par l'étudiante. La grille comporte des informations sur l'âge, le

sexe, la date et les raisons d'admission, le test Mini-Mental (la date et le score), les diagnostics associés et le diagnostic de démence, ainsi que sur les médicaments analgésiques et les autres médicaments.

Déroulement de l'étude

Le projet a reçu l'approbation du comité d'évaluation éthique et de la recherche du centre hospitalier universitaire où l'étude s'est déroulée. Puis, une rencontre a eu lieu avec la conseillère en soins spécialisés (clientèle âgée) impliquée dans le projet, afin de discuter des modalités logistiques du projet. Une deuxième rencontre a eu lieu ensuite avec la conseillère en soins spécialisés et avec les chefs d'unités pour présenter le projet et discuter des modalités de la collecte de données. L'étude nécessitait la participation des infirmières et infirmières-auxiliaires qui travaillaient directement auprès de la clientèle visée sur trois des quatre unités de soins longue durée du centre hospitalier.

Une formation de trente minutes avec les membres du personnel soignant sur chacune des trois unités ciblées a été organisée. La formation avait pour objectif de sensibiliser les infirmières et infirmière-auxiliaires au problème spécifique de la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence, de les familiariser avec le PACSLAC-F et de leur faire connaître les objectifs du projet ainsi que d'assurer que l'utilisation de l'outil et le contexte soient uniformes.

Ensuite, une vérification des dossiers a été effectuée pour sélectionner des résidents susceptibles de rencontrer les critères d'inclusion pour l'échantillon. Les caractéristiques sociodémographiques et médicales ont été recueillies par l'étudiante, à partir du dossier médical et auprès du personnel soignant avec l'aide de la grille élaborée par l'étudiante (Annexe 7). La collecte de données s'est déroulée sur une période de douze semaines. Un test Mini-Mental a été complété par l'étudiante pour chaque résident sélectionné. La famille, le mandataire ou la curatelle publique, selon le cas, ont reçu un appel téléphonique de l'étudiante afin de les informer du projet et de les inviter à signer le formulaire de consentement. Dès qu'une approbation téléphonique était donnée par téléphone à l'étudiante, le processus d'observations débutait. Les assistantes

infirmières-chefs des unités visées s'occupaient de faire signer le formulaire de consentement à la visite du mandataire ou de la famille du résident. Tout au long de l'étude, l'étudiante a assuré un suivi sur les unités à raison de une à trois fois par semaine selon les disponibilités, elle était également disponible par téléphone et par courriel.

Les sujets à l'étude étaient observés par les infirmières ou les infirmières-auxiliaires avec l'instrument de mesure PACSLAC-F à raison de trois jours par semaine, dans un contexte de soins intégrés à la routine. Les participantes avaient à compléter une grille PACSLAC-F au moment des soins d'hygiène. Une évaluation par l'étudiante avec l'instrument d'évaluation DOLOPLUS 2 était faite la première journée d'observation pour chaque sujet au moment des soins d'hygiène ou de la mobilisation. Chaque observation devait être faite dans le même contexte à au moins deux jours d'écart, c'est-à-dire que si par exemple un sujet était observé au jour un, lors de la toilette du matin, l'observateur devait refaire l'observation au moins deux jours plus tard, lors de la toilette du matin. À la fin de la période d'évaluation, un questionnaire inspiré de Aubin et al. (2008) a été distribué aux infirmières et aux infirmières-auxiliaires qui participaient au projet afin d'obtenir leur opinion sur l'instrument, elles devaient répondre soit par écrit ou soit verbalement. De plus, tout au long du processus, l'étudiante recueillait et compilait les commentaires des infirmières et des infirmières-auxiliaires, en posant les questions qui sont au questionnaire et en transcrivant les réponses ainsi obtenues sur une copie vierge du questionnaire au fur et à mesure, à la fin des journées. L'étudiante a aussi recueilli les trois questionnaires complétés par écrit.

Analyses statistiques

Des analyses descriptives (fréquence) et de dispersions ont été effectuées sur les données obtenues des sujets à l'étude. De plus, nous avons procédé à des corrélations de Spearman pour la validité intra-observateurs (test-retest) et la validité de convergence entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2. Une analyse sommaire des données sur l'utilité clinique de l'outil d'évaluation de la douleur PACSLAC-F a été faite en compilant les données recueillies soit par écrit, soit verbalement auprès des infirmières

et des infirmières-auxiliaires participantes. Le cadre de la présente recherche ne permettait pas de faire une analyse plus approfondie du contenu des questions sur l'utilité clinique de l'outil. Nous avons présenté un résumé des perceptions des infirmières et des infirmières-auxiliaires quant à l'utilité clinique du PACSLAC-F.

Considérations éthiques

Le projet a été approuvé par le comité d'évaluation éthique de la recherche du centre hospitalier universitaire de la région de Montréal. L'étude consistait à relever des observations; aucun traitement ou intervention n'ont été introduits. Toutes les observations ont été faites dans un contexte de soins intégrés dans la routine où la douleur était considérée comme un signe vital. Il n'y a pas eu de préjudice possible subi par les sujets. Toute situation problématique qui aurait pu être relevée au cours de cette étude aurait été mentionnée au médecin traitant. La confidentialité des renseignements a été préservée car aucun nom ni repère pouvant mener à l'identification des sujets ou des infirmières et infirmières-auxiliaires n'apparaissait sur les formulaires. Les questionnaires ont été remis à l'étudiante par l'assistante-infirmière-chef dans une enveloppe, de sorte qu'aucun répondant ne puisse être identifié.

De plus, un consentement éclairé a été obtenu par les répondants et les professionnels de soins infirmiers participants.

Il était clair que toutes les participantes infirmières étaient libres de se retirer de l'étude sans subir de préjudice, et ce, en tout temps. Il en était de même pour les curateurs des patients. Les données seront conservées sous clé à l'Université de Montréal pour une période de sept années suivant la complétion de l'étude et seront ensuite détruites.

Chapitre 4

Résultats

Le présent chapitre présentera les caractéristiques de l'échantillon des patients sélectionnés ainsi que les résultats obtenus lors de la cueillette de données afin de répondre aux questions de notre recherche en ce qui a trait, entre autres, à l'intensité de la douleur des clients âgés atteints de déficit cognitif ainsi qu'à la détermination de certaines des qualités psychométriques du PACSLAC-F et des commentaires des infirmières et des infirmières auxiliaires participantes quant à son utilité clinique.

Description des échantillons

L'échantillon de patients observés (n=16) était composé de 9 hommes et de 6 femmes admis sur les unités de soins de longue durée du centre hospitalier universitaire depuis en moyenne quatre mois. L'âge moyen des sujets était de 80 ans, l'étendue de l'âge était de 65 à 92 ans.

L'échantillon de professionnelles ayant participé au projet était composé de 10 infirmières et infirmières-auxiliaires qui avaient au moins trois mois d'expérience de travail en soins de longue durée. Elles travaillaient sur les unités depuis plus d'un an et maîtrisaient la langue française.

Quant à la condition neuro-cognitive des patients, un diagnostic de démence de type Alzheimer était inscrit au dossier pour 5 sujets sur 16. Quatre sujets sur 16 présentaient un diagnostic de démence vasculaire et 7 sujets sur 16 présentaient un diagnostic de démence mixte ou tout autre type associé à une démence. (Tableau 2)

Tableau 2
Types de démence des participants (n=16)

Type de démence	Fréquence	Pourcentage
Alzheimer	5/16	31,3%
Vasculaire	4/16	25,0%
Mixte	7/16	43,8%

Les autres problèmes médicaux notés aux dossiers étaient des problèmes cardiovasculaires comme par exemple l'hypertension artérielle, ou encore l'artériosclérose; des problèmes musculosquelettiques tels que l'arthrite, les rhumatismes, l'ostéoporose; des problèmes d'ordre génito-urinaires comme l'insuffisance rénale, les infections urinaires; des problèmes respiratoires tels que les maladies pulmonaires obstructives, l'asthme; des troubles digestifs tels l'ulcère hiatale; des troubles métaboliques, tel que le diabète et des troubles neurologiques comme la maladie de Parkinson. Le Tableau 3 présente la fréquence de chacun de ces problèmes médicaux en concordance avec les sujets de l'étude.

Tableau 3
Diagnostics associés des participants (n=16)

Principaux diagnostics	Fréquence	Pourcentage
DX circulatoires	9/16	56,3%
DX musculo-squelettiques	7/16	43,8%
DX métaboliques	5/16	31,3%
DX digestifs	4/16	25,0%
DX génito-urinaires	4/16	25,0%
DX neurologiques	3/16	18,8%
DX respiratoires	3/16	18,8%

L'évaluation des fonctions cognitives par le test Mini-Mental (Folstein) était absente du dossier de tous les patients. Nous avons donc dû procéder à l'évaluation de la fonction cognitive de l'ensemble des sujets. Le résultat moyen obtenu était de 6,5/30, avec une étendue de 0 à 19.

Par ailleurs, 99% de l'échantillon recevait un analgésique, soit de façon régulière ou au besoin. Quinze sujets sur 16 recevaient un analgésique de type acétaminophène ou anti-inflammatoire non-stéroïdien, et 4 sujets sur 16 recevaient un analgésique de type opioïde tel que de la morphine ou de l'hydromorphe (Tableau 4).

Tableau 4

Type et fréquence des analgésiques administrés aux participants (n=16)

Analgésique	Fréquence	Pourcentage
Fréquemment	14/16	99,0%
Morphine	2/16	12,5%
Hydromorphe	2/16	12,5%
Anti-inflammatoires non-stéroïdiens	1/16	6,9%
Opioides seuls	0/16	0,0%

Intensité moyenne de la douleur des participants

Le score global moyen obtenu au PACSLAC-F, alors qu'il était utilisé en contexte routinier lors des soins d'hygiène et de mobilisation des résidents, était de 3,35 pour 48 observations. La plupart des résidents recevaient de la médication analgésique avant les soins d'hygiène. Le Tableau 5 présente la distribution des différents scores obtenus auprès des sujets avec le PACSLAC-F pour les trois observations. Les scores varient de 0 à 13, le plus faible étant de 0/60 et le plus élevé étant de 13/60.

Tableau 5

Distribution des scores obtenus au PACSLAC-F pour les 3 observations (n=16) (min : 0 à max : 60)

Observations	Sujets																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Moy
O 1	13	12	6	4	1	6	2	2	2	5	0	4	0	6	3	0	4
O 2	11	8	5	2	1	5	4	2	3	4	0	4	0	3	2	0	3
O 3	9	9	0	4	2	0	1	1	2	5	0	3	0	3	2	0	2
Moyenne	11	9,7	3,7	3,3	1,3	3,7	2,3	1,6	2,3	4,7	0	3,7	0	4	2,3	0	

Le Tableau 6 présente la distribution des scores obtenus avec le DOLOPLUS 2 pour chacun des sujets à la première observation. Le score le plus élevé étant de 16 et le plus bas de 0. Une seule évaluation DOLOPLUS 2 a été faite pour chacun des sujets, soit le premier jour de l'évaluation lors d'une situation de soins d'hygiène ou de déplacement (transfert du lit au fauteuil ou du fauteuil au lit, par exemple).

Tableau 6

Distribution des scores obtenus avec le DOLOPLUS 2 à la première observation (n=16)

Observation	Sujets															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
O 1	16	13	10	9	0	10	2	0	4	5	0	0	0	2	1	0

Les Tableaux 7 et 8 présentent l'intensité de la douleur telle que mesurée avec le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2. On observe qu'avec le PACSLAC-F, 11 sujets sur 16 présentent des scores se situant entre 0 et 5, représentant aucune douleur. Ces résultats sont similaires à ceux qui ont été obtenus avec le DOLOPLUS 2, où 10 sujets sur 16 présentent des scores se situant entre 0 et 4, scores représentant aucune douleur.

Tableau 7

Intensité de douleur obtenue avec le PACSLAC-F (n=16) (O1)

Score	Fréquence	%
0-5 (aucune douleur)	11 sujets	68,8
6 et plus (douleur)	5 sujets	31,3
Total	16 sujets	100,0

Tableau 8

Intensité de douleur obtenue avec DOLOPLUS 2 (n=16)

Score	Fréquence	%
0-4 (aucune douleur)	10 sujets	62,5
5-30 (douleur)	6 sujets	37,5
Total	16 sujets	100,0

Qualités psychométriques du PACSLAC-F

Pour vérifier la validité de construit du PACSLAC-F, des tests de corrélation de Pearson ainsi que des tests de corrélation de Spearman ont été effectués. Le coefficient de corrélation de Spearman a été préféré au coefficient de Pearson étant donné le petit nombre de sujets. Les corrélations sont significatives au niveau 0.01 (Tableau 9).

Tableau 9
Coefficient de corrélation de Spearman entre les sous-échelles du PACSLAC-F

Sous-échelle			PACSLAC O1	PACSLAC O2	PACSLAC O3
Spearman's rho	EXP. FACIALES	Coefficient corrélation	0,720 (**)	0,845 (**)	0,769(**)
		Sig. bilatérale	0,002	0,000	0,001
		N	16	16	16
	ACTIVITÉ MOTRICE	Coefficient corrélation	0,798 (**)	0,643(**)	0,793(**)
		Sig. bilatérale	0,000	0,007	0,000
		N	16	16	16
	COMP./HUMEUR/ PERSONNALITÉ	Coefficient corrélation	0,141	0,269	0,403
		Sig. bilatérale	0,601	0,313	0,121
		N	16	16	16
	AUTRES	Coefficient corrélation	0,764 (**)	0,755(**)	0,706(**)
		Sig. bilatérale	0,001	0,001	0,002
		N	16	16	16

****Corrélation significative à un seuil de 0,01**

La validité convergente du PACSLAC a été déterminée avec le DOLOPLUS 2 et évaluée avec des tests de corrélation de Spearman, ainsi que par un tableau croisé. Toutes les comparaisons entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2 ont été faites le premier jour de l'évaluation, au moment de la première observation. Le Tableau 10 illustre la corrélation de Spearman entre les deux instruments. On remarque qu'une forte corrélation existe entre les items de la catégorie expressions faciales, les activités motrices et «autres» ($r > 0,7$), mais que la corrélation entre les items de la catégorie comportements humeurs et personnalité n'est pas significative ($r < 0,5$).

Tableau 10
Corrélations de Spearman entre le PACSLAC-F (O1) et le DOLOPLUS 2

			PACSLAC-F (O1)	DOLOPLUS 2 (O1)
Spearman's rho	PACSLAC-F (O1)	Coefficient de corrélation	1,000	0,824(**)
		Sig. bilatérale		0,000
		N	16	16
	DOLOPLUS 2	Coefficient de corrélation	0,824(**)	1,000
		Sig. bilatérale	0,000	
		N	16	16

****Corrélation significative niveau 0.01 bilatérale**

Le tableau croisé PACSLAC-F (O1) DOLOPLUS 2 est illustré ci-dessous (Tableau 11). Ce tableau indique les corrélations entre les groupes de scores indiquant ou non de la douleur pour les deux échelles. Le tableau croisé nous démontre que 13 fois sur 16, le diagnostic de douleur ou d'absence de douleur était le même avec le DOLOPLUS 2 et avec le PACSLAC-F.

Tableau 11
Tableau croisé entre le PACSLAC-F (O1) et le DOLOPLUS 2

			DOLOPLUS 2		TOTAL
SCORE			0 à 4	5 à 30	
PACSLAC-F	0 à 5	Compte	9	2	11
		% Au sein du PACSLAC-F	81,8%	12,2%	100%
		% Au sein du DOLOPLUS 2	90%	33,3%	68,8%
	6 et plus	Compte	1	4	5
		% Au sein du PACSLAC-F	20,0%	80%	100%
		% Au sein du DOLOPLUS 2	10%	66,7%	31,3%
TOTAL	Compte		10	6	16
	% Au sein du PACSLAC-F		62,5%	37,5%	100,0%
	% Au sein du DOLOPLUS 2		100,0%	100,0%	100,0%

Finalement, un résumé des informations obtenues par les questionnaires recueillis et les commentaires émanant des discussions informelles avec les infirmières et infirmières-auxiliaires participantes a été fait et a permis de dégager les points forts et les points faibles associés à l'utilisation clinique du PACSLAC-F.

Évaluation des commentaires recueillis auprès des infirmières et infirmières auxiliaires quant à l'utilité clinique du PACSLAC-F

Quatre des infirmières parmi les dix participantes ont complété un questionnaire pour évaluer l'utilité clinique du PACSLAC-F. D'autres commentaires ont été recueillis lors de conversations informelles auprès des infirmières et infirmières-auxiliaires participantes où elles étaient invitées à donner leur opinion sur l'instrument PACSLAC-F. Les questions demandées lors de ces conversations étaient des questions ouvertes telles que : «Que penses-tu de l'instrument? Quels items ajouterais-tu ou enlèverais-tu?

Quelles ont été tes difficultés pour compléter la grille? Combien de temps as-tu consacré pour compléter la grille?».

Les répondantes considèrent que les items inscrits au PACSLAC-F sont clairs. Une des répondantes précise par contre que certains items pourraient être regroupés tels que «visage sans expression/visage renfermé», ou encore «bouge sans arrêt/hyperactif». De façon unanime, les répondantes considèrent l'instrument d'évaluation PACSLAC-F facile d'utilisation car il ne prend que cinq minutes à compléter. Il est facile à comprendre et ne demande pas une formation spécifique pour son utilisation. Elles pensent que même si la connaissance des résidants est un atout pour évaluer la douleur, il n'est pas nécessaire que l'intervenant en ait une connaissance approfondie pour évaluer le résidant avec le PACSLAC-F. L'instrument permet une évaluation ponctuelle du patient. Elles estiment que dès qu'un patient présente plus de quatre manifestations de comportements associés à la douleur, une intervention en vue de le soulager devrait être envisagée. Les répondantes trouvent que l'instrument est utile pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence. Cependant, malgré l'accueil favorable à l'utilisation du PACSLAC-F, les répondantes ont souligné que l'instrument représentait pour elles un autre document à compléter qui vient s'ajouter à tous les autres.

En résumé, les résultats obtenus avec le PACSLAC-F sont encourageants. D'une part, une forte corrélation est observée entre les items de trois catégories, soit les expressions faciales, la mobilité et les perturbations dites «autres» ($r > 7$). Par contre, il n'y a pas de corrélation significative entre les items de la catégorie humeur, comportement et personnalité ($r < 5$). D'autre part, la validité de convergence entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2 semble bonne puisque dans 13 cas sur 16, les résultats sont les mêmes. Et enfin, les infirmières et infirmières-auxiliaires participantes considèrent l'outil pratique et facile à utiliser.

Chapitre 5

Discussion et conclusion

Ce chapitre aborde la discussion sur les résultats obtenus lors de l'étude, les difficultés encourues, les points forts ainsi que les limites de l'étude.

La taille de l'échantillon obtenu est faible en comparaison avec le nombre de sujets éligibles à l'étude. Ceci est relié aux difficultés de recrutement survenues lors du processus de collecte de données. Tout d'abord, il fut ardu d'obtenir un consentement écrit de la part de plusieurs familles. Il a fallu rejoindre chaque famille par téléphone, expliquer le projet et les inviter à signer le formulaire de consentement, ce qui présente une difficulté non négligeable étant donné l'âge des sujets. Il est raisonnable de penser que les conjoints sont aussi âgés et ne peuvent pas toujours se déplacer facilement, ce qui a causé un délai pour débiter la collecte de données. De plus, plusieurs répondants (conjoint ou famille) n'avaient pas de boîte vocale permettant de laisser un message. Plusieurs appels ont été effectués mais sans pouvoir laisser un message ou de retour d'appel. Aussi, dans quelques cas, le patient a été transféré dans un centre de soins de longue durée avant que l'étude puisse commencer, alors que d'autres patients sont décédés au cours du processus avant que l'on puisse commencer la collecte de données. Dans deux cas, les mandataires ont refusé que leur parent participe à l'étude. Pour une famille immigrante, la compréhension du projet était plus difficile. Bien que le fils fût favorable au projet, l'épouse du patient a refusé qu'il participe à cette étude. Pour une autre famille, le refus était relié au sentiment que la dame avait déjà subi assez de tests et celle-ci ne voulait plus qu'elle soit sollicitée de quelque façon que ce soit. D'autres sujets ont été rejetés parce qu'ils ne répondaient pas aux critères, soit parce qu'ils étaient trop jeunes, ou que le résultat au test Mini-Mental était supérieur à 24/30. De plus, les unités de soins de longue durée du centre hospitalier universitaire sont des unités de transition, les patients sont en attente d'hébergement. Par ailleurs, plusieurs de ces résidents sont au stade initial de la démence, de là la difficulté à recruter les sujets qui correspondaient aux critères. Si initialement l'étude ne devait se dérouler que sur une seule unité, il a fallu en impliquer deux autres du même centre hospitalier pour obtenir un échantillon de 16 sujets. La durée de l'étude devait s'échelonner sur une période de huit semaines, elle a été prolongée jusqu'à douze semaines. Les résultats qui sont

discutés dans le cadre de cette étude sont donc applicables uniquement à cet échantillon étant donné la petite taille de l'échantillon.

Pour 11 de ces 16 sujets, les scores obtenus relativement à la douleur se situaient entre 0 et 5 (aucune douleur) avec l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F. Alors qu'avec le DOLOPLUS 2, on observe que 10 sujets sur 16 ont obtenu un résultat se situant entre 0 et 4 (aucune douleur). Les résultats similaires obtenus avec les deux instruments d'évaluation, peuvent être expliqués par le fait que 14 sujets sur 16 recevaient une médication analgésique au besoin, ce qui suppose que les résidents étaient soulagés par la médication qu'ils avaient reçue. Ce qui sous-entend une amélioration au problème d'évaluation et de soulagement de la douleur, et qui est en contradiction avec Gloth (2004) qui rapportait que 25% des résidents ne recevaient pas de traitement analgésique, mais encore une fois, les résultats de cette étude sont difficilement généralisables étant donné la petite taille de l'échantillon.

Le PACSLAC-F se distingue des autres instruments développés jusqu'ici pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée atteinte de déficits cognitifs car l'instrument a été élaboré dans un contexte de soins de longue durée spécifiquement pour une clientèle atteinte de démence (Aubin et al., 2008; Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos 2004), ce qui en fait un instrument de premier choix pour évaluer cette clientèle. De plus, l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F comprend des items dans les six catégories de signes et symptômes suggestifs de la douleur comme recommandé par l'*American Geriatric Society*. De ce fait, cet outil se démarque de plusieurs autres échelles d'évaluation de la douleur qui n'incluent que certains aspects évocateurs de douleur ou encore, qui comportent des aspects non spécifiques à la douleur et plutôt reliés à l'autonomie fonctionnelle (Aubin et al, 2008).

Les résultats de cette étude se comparent à ceux qui ont été obtenus par Fuchs-Lacelle et Hadjistavropoulos (2004) et Aubin et al. (2008) au niveau de certaines qualités psychométriques du PACSLAC-F, comme la validité de construit et la validité convergente. Les coefficients de corrélation intra observateurs (r de Spearman) obtenus

entre les différents observateurs lors de l'étude d'Aubin et al. (2008) sont élevés tant en situation de calme (r de Spearman=0,75), qu'en situation de douleur (r de Spearman=0,80) avec un $p<0,0001$. Pour Aubin et al. (2008) la stabilité dans le temps du score global observé en situation de calme et en situation de douleur avec le PACSLAC-F est satisfaisante car les coefficients de corrélation sont élevés (calme $n=86$, $r=0,75$, $p<0,0001$; douleur, $n=86$, $r=0,8$, $p<0,0001$). La présente étude démontre que les sous-échelles regroupant les items des expressions faciales, ceux des activités motrices et ceux des «autres» ont obtenu un fort coefficient de corrélation pour les trois temps d'observations. En effet, les coefficients de corrélations se situent entre 0,643 et 0,845, ce qui démontre qu'il existe une forte association entre les items contenus dans ces échelles et la douleur. Par contre, en ce qui concerne les items qui font partie de la sous-échelle comportement-personnalité-humeur, les scores de corrélation ne sont pas significatifs (r se situant entre 0,141 et 0,403), ces items ne semblent pas reliés aux comportements douloureux. Pour évaluer si ces items sont reliés à la douleur ou à la détresse psychologique, d'autres recherches sont nécessaires auprès d'un échantillon plus grand. Aubin et al. (2008) notent aussi qu'il y a une différence de scores plus marquée pour la sous-échelle comportement/personnalité/humeur en situation de détresse et de douleur que pour les autres sous-échelles (moyenne écart/type : expression faciales situation de détresse $n=61$: $3,4 \pm 1,9$ et douleur, $n=403$, $3,5 \pm 3,9$; mouvements corporels situation de détresse: $3,4 \pm 2,9$ et douleur, $2,9 \pm 1,6$; comportement/personnalité/humeur détresse : $2,5 \pm 1,6$ et douleur : $0,8 \pm 1,2$ et autres détresse : $1,5 \pm 1,3$ et douleur $1,4 \pm 1,1$).

La validité de convergence du PACSLAC-F avec le DOLOPLUS 2 a été vérifiée à l'observation 1 de collecte de données, au moment des soins d'hygiène ou des mobilisations, au même moment et dans les mêmes conditions que les observations faites avec le PACSLAC-F. Les résultats obtenus sont encourageants, la fréquence des scores obtenus entre le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2 est comparable. Par exemple, si on regarde les Tableaux 7 et 8, on peut voir que 68% (11 sujets sur 16) présentent avec le PACSLAC-F un score se situant entre 0 et 5 (aucune douleur) et qu'avec le DOLOPLUS 2, 62% (10 sujets sur 16) présentent un score se situant entre 0 et 4

(aucune douleur). On remarque aussi que 5 sujets sur 16 ont obtenu un score supérieur à 6 (douleur) avec le PACSLAC-F et que 6 sujets sur 16 ont obtenu un score se situant entre 5 et 30 (douleur) avec le DOLOPLUS 2. De plus, la validité de convergence mesurée du PACSLAC-F avec le DOLOPLUS 2 à partir du coefficient de Spearman dans cette étude présente une association élevée ($r=1,0$ $p<0,01$), alors que pour le même test, les résultats obtenus par Aubin et al. (2008) étaient assez similaires ($r=0,80$; $p<0,0001$) entre le score du PACSLAC-F et celui du DOLOPLUS 2. Ce qui démontre qu'il existe une relation significative entre les scores obtenus en situation de douleur avec le PACSLAC-F et le DOLOPLUS 2. Les deux tests ont confirmé une forte association entre le score du PACSLAC-F et celui du DOLOPLUS 2, comme en témoigne le Tableau 11 (Tableau croisé PACSLAC-F (O1) et DOLOPLUS 2). Donc, les deux instruments mesurent des aspects similaires, cependant ils ne sont pas spécifiques à toutes les situations cliniques (ne permet pas de discriminer) en particulier pour le DOLOPLUS 2.

L'étude a aussi permis de connaître l'opinion des infirmières et des infirmières auxiliaires sur l'instrument d'évaluation PACSLAC-F. L'instrument est bien perçu par les infirmières et les infirmières-auxiliaires des unités de soins de longue durée. Le personnel soignant impliqué a répondu à un questionnaire comprenant dix questions portant sur l'utilité clinique du PACSLAC-F, sur l'exhaustivité des items, sur le temps de complétion. Quatre infirmières sur dix ont répondu, d'autres ont donné une opinion globale de façon verbale lors de rencontres informelles. Les infirmières et infirmières-auxiliaires jugent le PACSLAC-F facile d'utilisation. Elles pensent que l'utilisation du PACSLAC-F ne nécessite pas une connaissance approfondie du patient pour compléter la grille, par contre, elles soulignent qu'une bonne connaissance du patient est toujours utile, surtout pour interpréter les résultats. Un autre aspect positif qui a été souligné par les utilisateurs, c'est que l'instrument ne demande qu'une courte formation pour se familiariser avec l'utilisation. Le temps requis pour compléter la grille demande seulement quelques minutes (environ 5), ce qui est quand même remarquable car l'instrument présente 60 items à cocher. Les infirmières et infirmières-auxiliaires trouvent que le PACSLAC-F peut s'intégrer facilement à une routine de soins, qu'il

apporte une mesure objective pour évaluer la douleur chez la clientèle âgée atteinte de démence. Elles trouvent aussi que l'instrument permet d'obtenir une idée précise de l'état du patient, comme une mesure photographique du patient au moment où il est évalué. Elles trouvent les items pertinents dans l'ensemble, par contre, les répondants trouvent que certains items pourraient être regroupés, comme dans la sous-échelle expressions faciales, les items «faciès crispé» et «visage sans expression» pourraient être groupés, ainsi que les items «hyperactif» et «bouge sans arrêt» pour la sous-échelle activité motrice. Les infirmières estiment que dès que le patient obtient cinq manifestations associées à la douleur avec le PACSLAC-F, une intervention visant à soulager la douleur devrait être entreprise, comme l'administration d'une médication analgésique. Selon les répondants, le plus grand désavantage que présente le PACSLAC-F, demeure qu'il s'agit d'un autre document à remplir qui vient s'ajouter à tous les autres. Dans un contexte où la lourdeur de tâches pèse, il s'agit d'un détail à ne pas négliger, malgré le fait que l'outil soit jugé facile d'utilisation, pertinent et que l'opinion générale soit favorable. Il apparaît que l'intégration de cet instrument dans les milieux de soins nécessitera une bonne planification et une bonne stratégie d'implantation visant la collaboration et la participation de l'équipe soignante. Aubin et al. (2008) ajoutent que les infirmières interrogées lors de leur étude suggèrent de restreindre l'utilisation du PACSLAC-F aux résidants nouvellement admis afin de leur permettre de mieux les connaître et faire une démarche de dépistage de la douleur. Ces mêmes infirmières ont aussi proposé d'utiliser le PACSLAC-F dès que le patient semble présenter une douleur, ou lorsqu'un changement de comportement est observé. Ceci rejoint l'opinion des infirmières consultées pour la présente étude qui suggèrent que le PACSLAC-F soit utilisé pour évaluer la douleur des patients âgés avant d'administrer un traitement analgésique et pour en vérifier l'effet.

Finalement, il est important d'établir à quelle fréquence le PACSLAC-F devrait être complété afin d'être en mesure d'obtenir des données pertinentes et utiles, sans pour autant surcharger le travail des infirmières et infirmières-auxiliaires. Le contexte d'utilisation devrait être celui qui est suggéré par Aubin et al. (2008), soit de faire l'évaluation de la douleur à l'admission du résidant avec l'outil d'évaluation de la douleur

PACSLAC-F. Ensuite, afin d'obtenir de l'information sur les comportements et les réactions du résidant nouvellement admis et d'établir une moyenne du score obtenu avec l'outil d'évaluation PACSLAC-F, l'évaluation devrait se poursuivre durant la première semaine d'évaluation, sur au moins trois jours. Par la suite, l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F pourrait être utilisé avant l'administration d'une médication analgésique prescrite au besoin et après l'administration, et chaque fois que le résidant semble présenter une douleur, ou lorsqu'un changement dans le comportement survient.

Limites de l'étude

La présente étude présente des limites à la généralisation des résultats. D'abord, une sérieuse limite existe en regard de la taille de l'échantillon, en effet il serait préférable de l'utiliser sur un échantillon plus grand afin d'en apprécier les qualités et de donner une idée plus grande de l'incidence de la douleur chez la clientèle concernée. Limites également aux tests psychométriques à faire à cause de la petite taille de l'échantillon.

De plus, pour demander l'opinion des infirmières et infirmières auxiliaires en regard du PACSLAC-F, la méthode qui se voulait au départ plus rigoureuse, avec consentement signé et questionnaire bien rempli, suivi de rencontre de discussion n'a pas pu avoir lieu tel que prévu, les unités ciblées vivant une période d'occupation où plusieurs admissions et transferts ont eu lieu au moment de l'évaluation. De plus, les infirmières et les infirmières-auxiliaires avaient de la réticence à signer un formulaire de consentement les engageant peut-être trop formellement. Pour ces raisons, la méthode utilisée fut beaucoup moins rigoureuse et les données recueillies à partir de discussions informelles et notées sur les questionnaires par la chercheuse apportent un billet d'interprétation, donc les données sont encore difficilement généralisables. De plus, une autre limite se pose en regard des commentaires obtenus par le questionnaire au sujet des items qui devraient être regroupés ou retirés, car avant de décider de retirer ou de regrouper des items qui semblent associés, il faudra procéder à des analyses factorielles adéquates. Pour faire de telles analyses, il faudrait un échantillon d'au moins 200 sujets (Glantz, 1998).

Conclusion

Le problème d'évaluation et de soulagement de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs est encore loin d'être résolu. Beaucoup de travail demeure à faire, tant au niveau des croyances et des valeurs des patients et de leurs familles que des croyances des soignants. En ce qui concerne l'évaluation de la douleur chez cette clientèle, le PACSLAC-F est un instrument prometteur. Cette étude démontrait les qualités cliniques et psychométriques de l'outil qui permet une amélioration de la qualité des soins prodigués à la clientèle âgée et atteinte de démence. En plus de permettre un meilleur dépistage systématique de la douleur, le PACSLAC-F s'avère utile pour une meilleure prise en charge de la douleur dans la perspective d'une meilleure qualité de vie pour la clientèle âgée atteinte de démence.

Quant aux infirmières et infirmières-auxiliaires qui ont à prodiguer des soins de qualités et individualisés, la possibilité d'utiliser un instrument d'évaluation valide pour la douleur chez la clientèle âgée et atteinte de démence constitue une valeur ajoutée pour une meilleure gestion de la douleur chez cette clientèle. Le défi de l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée et atteinte de démence en est un de taille, mais le dépistage de la douleur à l'aide d'un instrument d'évaluation valide permet un premier pas vers l'optimisation du soulagement de la douleur, ainsi que pour vérifier l'effet sur le score de PACSLAC-F des interventions visant à soulager la douleur.

Références

- Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A., Esterman, A., Parker, D., Giles, L. & Lowcay, B. (2004). The Abbey Pain Scale : a 1-minute numerical indicator for people with end stage dementia. *Journal of Palliative Nursing*, 10 (1), 6-14.
- American Geriatric Society (2002). The management of persistent pain in older persons *Journal American Geriatric Society*, 50: S205-25.
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., LeMay, S., Hadjistavropoulos, T., Filion, L., Beaulieu, M., Viens, C., Bergeron, R., Vézina, L., Misson, L. & Fuchs-Lacelle, S. (2007). Validité et utilité clinique d'une grille d'observation (PACSLAC-F) pour évaluer la douleur chez des aînés atteints de démence vivant en milieu de soins de longue durée. *Canadian Journal on Aging*, 27 (1) : 45-55.
- Audet, T. & Turgeon, M.J. (2001). La douleur chez les personnes ayant des déficits cognitifs, un double isolement. *Frontière*, 13 (2), 50 -53.
- Barkin, R.L., Barkin, S.J. & Barkin, D.S. (2005). Perception, assessment, treatment and management of pain in the elderly. *Clinic in Geriatric Medecine*, 21 (2005), 466-490.
- Davies, E., Male, M., Reimer, V., Turner, M. & Willie K. (2004). Pain assessment and cognitive impairment : part 1, *Nursing Standard*, 19 (12), 39-42, part 2, 19(13), 33-40.
- Feldt, K.S. (2000). The Checklist of Nonverbal Pain Indicators. *Pain Management Nursing*, 1 (1), 13-21.
- Fisher, M.C., (1998). Évaluer la douleur chez la personne démente. *Alzheimer*, 1 (2), 19.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R., (1975). Mini Mental state, a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Forest, M.I. (1995). Le mythe de l'objectivité d'un jugement sur la douleur : le droit et la clinique nez à nez? *Frontière*, automne, 24-31.
- Fox, P.L., Raina, P. & Jadad, A.R. (1999). Prevalence and treatment of pain in older adults in nursing homes and other long-term care institutions : a systemic review. *Canadian Medical Association Journal*, 160 (3), 329-333.
- Fuchs-Lacelle, S. & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of the pain assement checklist for seniors with limited ability to communicate [PACSLAC]. *Pain Management Nursing*, 5 (1), 37-49.
- Gélinas, C., Viens, C., Fortier, M. & Fillion, L. (2005). Les indicateurs de la douleur en soins critiques. *Perspective Infirmière*, 2 (4), 13-22.

- Glantz, S.A. (1998). Introduction aux biostatistiques, McGraw Hill International, Angleterre, 4ème édition.
- Gloth, M. (2004). *Handbook of Pain Relief in Older Adults; an Evidenced-based Approach*. Totowa NJ, Humana Press.
- Herr, K. & Decker, S. (2004). Older adults with severe cognitive impairment: Assessment of pain. *Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging*, 12 (4), 46-52.
- Latimer, E.J. (2001). Où avez-vous mal? Diagnostiquer et traiter la douleur chez le patient âgé, Première partie, Les obstacles possibles à l'évaluation de la douleur. *Le Clinicien*, avril, 35-41.
- Le Quintrec, J.L., Maga, M. & Baulon, A. (1995). L'échelle comportementale simplifiée (ECS). *La Revue de Gériatrie*, 20 (6), 363-368.
- Lefebvre-Chapiro, S. & The DOLOPLUS Group (2001). The DOLOPLUS 2 scale evaluation pain in elderly. *European, Journal of Palliative Care*, 8 (5), 191-194.
- Miller, L.L., Talerico, K.A., Rader, J., Swafford, K., Hiatt, S.O., Millar, S.B., Smith, K.R & Sloane, P.D. (2005), Development of an Intervention to Reduce Pain in Older Adults with Dementia. *Alzheimer Care Quaterly*, 6 (2), 154-167.
- Molony, S.L., Kobayashi, M., Holleran, E.A. & Mezey, M. (2005). Assessing pain as a fifth vital sign in long term care facilities: recommendations from the field. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(3), 16-24.
- Morello, A., Alix, M. (1998). Évaluation de la douleur de sujets très âgés hospitalisés en long séjour. *La revue de Gériatrie*, 23 (3), 253-256.
- Mullins, G. (2005), Le soulagement de la douleur entre obligation et prohibition. *Frontière*, printemps, 66-70.
- O'Malley, P. (2005), The undertreatment of pain : Ethical and legal implications for the clinical nurse specialist. *Clinical Nurse Specialist*, 19 (5), 236-237.
- Pradines, V., Pradines, B., Poli, P., Manteau, R. (2005). Évaluation de la douleur chez le client âgé dément non-verbalisant. *Santé Mentale*, 99, 70-75
- Proctor, W.R. & Hirdes, J.P. (2001). Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Research and Management*, 6 (3), 119-125.
- Quintrec, Maga et Beaulon (1995)

- Savoie, M. & LeMay, S. (2005). Les besoins d'apprentissage, les valeurs et les croyances des infirmières concernant la douleur chronique chez la personne âgée. *Frontière*, printemps, 59-65.
- Shega, J.W., Hougham, G.W., Stocking, C.B., Cox-Haley, D. & Sachs, G.A. (2004). Pain in community-dwelling persons with dementia: frequency, intensity and congruence between patient and caregiver report. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (6), 585-592.
- Simons, W. & Malabar, R. (1995). Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 663-669.
- Snow, A.L., Weber, J.B., O'Malley, K.L., Cody, M., Beck, C., Bruera, E., Ashton, C. & Kunik, M.E. (2004). NOVPAIN: A nursing assistant administered pain assessment instrument for use in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17, 240-246.
- Villanueva, M.R., Smith, T.L., Erickson, J.S., Lee, A.C. & Singer, C.M. (2003). Pain Assessment for the Dementing Elderly (PADE). *Journal of the American Medical Directors Association*, 4, 1-8.
- Warden, V., Hurley, A.C. & Vollicer, L., (2003). Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). *Journal of the American Medical Doctors Association*, 4 (1), 9-15.
- Wary, B. & le Collectif DOLOPLUS, DOLOPLUS 2 (1999). Une échelle pour évaluer la douleur. *Soins Gériatrie*, 19, 1-4.
- Wary, B., Serbouti, S. & le Collectif DOLOPLUS (2001). Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée. *Douleurs*, 2 (1), 35-38.
- www.geocities.com/bpradines/douleureevaluation.htm
- Yates, P., Dewar, A. & Fentiman, B. (1995). People living in long-term care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 667- Pain : The views of elderly 674.
- Yun-Fang, T., Hsiu-Hsiu, T., Yeur-Hur, L. & Tsung-Lan, C. (2004). Pain prevalence, experiences and management strategies among the elderly in taiwanese nursing homes. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (6), 579-584.
- Zwakhallen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. & Berger, M.P.F. (2006). Pain in elderly people with severe dementia: A systemic review of behavioural pain assesment tools. *BioMed Central Geriatrics*, 6 (3), 1-36.

Annexe 1

Grille d'évaluation de la douleur DOLOPLUS 2

ÉCHELLE DOLOPLUS-2

NOM : _____ PRÉNOM : _____

HÔPITAL : _____ CH : _____

Observation Comportementale

DATES : _____

RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
Plaintes somatiques	Pas de plaintes	0	0	0	0
	Plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	Plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	Plaintes spontanées continues	3	3	3	3
Positions antalgiques au repos	Pas de position antalgique	0	0	0	0
	Évite certaines positions occasionnellement	1	1	1	1
	Position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	Position antalgique permanente et inefficace	3	3	3	3
Protection de zones douloureuses	Pas de protection	0	0	0	0
	Protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite des soins/examen	1	1	1	1
	Protection à la sollicitation empêchant tout soins/examen	2	2	2	2
	Protection au repos en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
Mimiques	Mimique habituelle	0	0	0	0
	Mimique semblant exprimer douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	Mimique semblant exprimer douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	Mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
Sommeil	Sommeil habituel	0	0	0	0
	Difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	Réveils Fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	Insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
Toilette/habillage	Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	Possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	Possibilités habituelles très diminuées toilette/habillage étant difficile et partiel	2	2	2	2
	Toilette/habillage impossibles, exprime opposition à toute tentative	3	3	3	3
Mouvements	Possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	Possibilités habituelles actives limitées (évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	Possibilités habituelles actives et passives limitées (même avec aide diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	Mouvements impossibles, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
Communication	Inchangée	0	0	0	0
	Intensifiée (attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	Diminuée (s'isole)	2	2	2	2
	Absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
Vie sociale	Participation habituelle aux différentes activités	0	0	0	0
	Participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	Refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	Refus total de toute participation aux activités	3	3	3	3
Trouble du comportement	Comportement habituel				
	Troubles du comportement à la sollicitation et itératifs				
	Troubles du comportement à la sollicitation et permanents				
	Troubles du comportement permanents(en-dehors de toute sollicitation)				
SCORE/30					

Annexe 2

Grille d'observation de la douleur pour les personnes âgées non-communicantes PACSLAC-F

GRILLE D'OBSERVATION DE LA DOULEUR POUR LES PERSONNES ÂGÉES NON-COMMUNICANTE PACSLAC-F

© Sylvie LeMay, Maryse Savoie, Shannon Fuchs-Lacelle, Thomas
Hadjistavropoulos, Michèle Aubi /

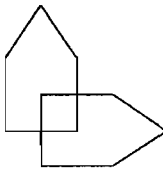
Expressions faciales	Présent (✓)
Grimace	
Regard triste	
Visage renfermé	
Regard menaçant	
Changements au niveau des yeux (ex. plissés, vides, brillants, augmentation du mouvement)	
Sourcils froncés	
Expression de douleur	
Visage sans expression	
Dents serrées	
Visage crispé	
Bouche ouverte	
Front plissé	
Nez froncé	
Activités et mouvements du corps	Présent (✓)
Bouge sans arrêt	
Se recule	
Nerveux	
Hyperactif	
Marche sans arrêt	
Errance	
Tente de fuir	
Refuse de bouger	
Bouscule	
Diminution de l'activité	
Refuse la médication	
Bouge lentement	
Comportements impulsifs (ex. mouvements répétitifs)	
Non coopératif / résistant aux soins	
Protège le site de la douleur	
Touche ou soutien le site de la douleur	
Claudication	
Poings serrés	
Prend la position fœtale	
Raideur / rigidité	

Comportements/personnalité/humeur	Présent (✓)
Agression physique (ex. pousser les autres ou les objets, griffer, frapper les autres des mains ou des pieds)	
Agression verbale	
Refuse d'être touché	
Ne permet pas aux autres de s'approcher	
Fâché / mécontent	
Lance des objets	
Augmentation de la confusion	
Anxieux	
Bouleversé	
Agité	
Impatient / irritable	
Frustré	
Autres *	Présent (✓)
Pâleur du visage	
Rougeurs au visage	
Yeux larmoyants	
Transpiration excessive	
Tremblements	
Peau froide et moite	
Changements au niveau du sommeil : <u>Encerchez un ou l'autre des énoncés</u> ♦ Diminution du sommeil ou ♦ Augmentation du sommeil <i>durant le jour</i>	
Changements au niveau de l'appétit : <u>Encerchez un ou l'autre des énoncés</u> ♦ Diminution de l'appétit ou ♦ Augmentation de l'appétit	
Cris / hurlements	
Appel à l'aide	
Pleure	
Son spécifique ou vocalisation liée à la douleur (ex. aie, ouch)	
Gémit / se plaint	
Marmonne	
Grogne	

Annexe 3

Test *Mini Mental* de Folstein

MiniMental Test de Folstein

Score maximal	Score	
5	ORIENTATION (1 point par réponse juste)
	- En quelle année sommes-nous ?
	- Quelle saison ?
	- Quel mois ?
	- Quelle est la date ?
	- Quel est le jour ?
5	- Dans quelle pays sommes-nous ?
	- Quelle ville ?
	- Quel département ?
	- Quel est le nom de l'hôpital ? (ou adresse du médecin)
	- Quelle salle ? (ou endroit, cabinet, etc,...)
3	APPRENTISSAGE Donner 3 noms d'objets au rythme de un par seconde (ex : cigare, fleur, porte) ; à la répétition immédiate compter 1 par réponses correctes. Répéter jusqu'à ce que les 3 mots soient appris. Compter le nombre d'essais (ne pas coter).
5	ATTENTION ET CALCUL Compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois. Arrêter après 5 soustractions. Noter le nombre de réponses correctes.
3	RAPPEL Demander les 3 noms d'objets présentés auparavant (1 point par mot correct)
9	LANGAGE
	- Dénommer un stylo, une montre (2 points)
	- Répéter : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et" (1 point)
	- Exécuter un ordre triple : "Prenez un papier dans la main droite, pliez le en deux et jetez le sur le plancher" (1 point par item correct)
	- Copier le dessin suivant (1 point) :
		Tous les angles doivent être présents
		
	- Ecrire une phrase spontanée (au moins 1 sujet et 1 verbe, sémantiquement correcte, mais la grammaire et l'orthographe son indifférentes (1 point)
TOTAL (30)	
Apprécier le niveau de vigilance sur un continuum : Vigile Obnubilé Stupeur Coma		

Détérioration intellectuelle légère entre 21 et 15 points ; modérée entre 5 et 15 ; sévère au-dessous de 5

Annexe 4

Formulaire de consentement des sujets



CENTRE HOSPITALIER DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Formulaire d'information et de consentement – Patients

Titre de l'étude : L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA CLIENTÈLE ÂGÉE NON-COMMUNICANTE ATTEINTE DE DÉFICITS COGNITIFS SÉVÈRES

CHERCHEURE RESPONSABLE :

Sylvie LeMay, inf. PHD (Université Montréal),

CO-CHERCHEURE

Françoise Salette, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise

Sylvie Lafrenière, inf. M.Sc. Conseillère en soins infirmiers spécialisés, clientèle âgée (CHUM).

1. Préambule

On vous invite à participer à un projet de recherche sur l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut comprendre des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à ses adjoints et à leur demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

2. Nature du projet de recherche et nature de la participation du sujet

La présente étude a pour but de mesurer l'intensité de la douleur ressentie par des personnes âgées non-communicantes et atteintes de déficits cognitifs sévères, de vérifier certaines qualités psychométriques du PACSLAC-F et d'apprécier l'utilité clinique de cet instrument. Le PACSLAC-F se présente sous forme de grille à cocher. Il propose 60 items qui sont divisés selon quatre catégories : les expressions faciales (13 items), les activités/ mouvements du corps (20 items), la dimension sociale/ personnalité humeur (12 items) et les indicateurs physiologiques/ changement alimentation et sommeil/ comportements verbaux (15 items). Le grand nombre d'items permet à l'instrument de différencier entre les situations de calme, de détresse et de douleur ainsi qu'une évaluation précise et rapide de l'état du client. L'instrument est d'utilisation facile et il ne demande que quelques minutes à compléter. Le PACSLAC a été traduit et validé en français par Aubin et al. (2007). Le PACSLAC-F (F pour français) peut désormais être utilisé pour une étude pilote.

Le projet est une étude pilote à devis descriptif-corrélatif et mesures répétées qui se déroulera sur l'unité 4AB au Pavillon Lachapelle de l'hôpital Notre-Dame (CHUM) et sur l'unité 6 ième du Bullion de l'Hôtel-Dieu, il s'agit d'unités de soins de longue durée. Nous prévoyons recruter 30 patients âgés hospitalisés sur cette unité qui ont 65 ans et plus et qui présentent un diagnostic de démence, les patients qui présentent une pseudo démence dépressive seront exclus de l'étude. Pour ce faire, nous devons consulter le dossier médical du patient, faire passer un test Mini-Mental pour chaque patient à l'étude, s'il n'est pas déjà au dossier du patient, de plus, nous devons procéder à l'observation du patient lors des soins d'hygiène. Les patients participants à l'étude ou leur représentant légal devront avoir signé un formulaire de consentement avant que l'on puisse procéder à l'observation décrite dans la présente étude.

Votre rôle comme patient ou comme mandataire légal est de consentir à passer (ou à ce que votre parent passe) un test Mini-Mental, vous devez consentir à ce que le chercheur consulte le dossier médical du patient et à ce que le patient soit observé par l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire avec l'instrument de mesure PACSLAC-F (et DOLPLUS2 une fois seulement) à raison de trois jours par semaine, pendant une semaine, dans un contexte de soins intégrés à la routine où la douleur est considérée comme un signe vital. Une grille PACSLAC-F sera complétée au moment des soins d'hygiène, dès qu'un comportement associé à la douleur est observé ainsi qu'avant l'administration d'un traitement, sur 3 jours/semaine; pendant trois semaines.

3. Les Bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères.

4. Les Risques

Il n'y a aucun risque associé à votre participation à cette étude

5. La confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Le chercheur responsable utilisera les données de l'étude à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 7 ans par le chercheur responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la

recherche du CHUM ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes publics adhèrent à une politique de confidentialité.

6. Liberté de consentement et liberté de se retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à vos relations avec vos collègues et vos supérieurs.

7 Droits légaux

En prenant part à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux, ni ne libérez le chercheur ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

8. Informations

Si vous avez des questions au sujet de votre participation à l'étude, vous pouvez en parler avec le chercheur principal, Mme Françoise Salette qui peut-être joint au [information retirée / information withdrawn]

Pour toute question au sujet de vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez une plainte à formuler concernant votre participation à cette étude, téléphonez à :

Commissaire locale adjointe à la qualité des services :

M^{me} Louise Brunelle, [information retirée / information withdrawn]

Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quand à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucune de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du patient ou du mandataire : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature du projet de recherche, ainsi que le contenu du présent formulaire, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on a indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Nom du chercheur : Françoise Salette

Signature : _____ Date : _____

Nom de la personne désignée par lui : _____

Signature : _____ Date : _____

Annexe 5

Formulaire de consentement du personnel soignant



CENTRE HOSPITALIER DE
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Formulaire d'information et de consentement – Personnel soignant

Titre de l'étude : L'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHEZ LA CLIENTÈLE ÂGÉE NON-COMMUNICANTE ATTEINTE DE DÉFICITS COGNITIFS SÉVÈRES

CHERCHEURE RESPONSABLE :

Sylvie LeMay, inf. Ph.D (Université Montréal),

CO-CHERCHEURES

Françoise Salette, inf. B.Sc., étudiante à la maîtrise

Sylvie Lafrenière, inf. M.Sc., Conseillère en soins infirmiers spécialisés, clientèle âgée (CHUM).

1. Préambule

On vous invite à participer à un projet de recherche sur l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères.

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Le présent document peut comprendre des termes que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles au chercheur et à ses adjoints et à leur demander de vous expliquer les éléments qui ne sont pas clairs.

2. Nature du projet de recherche et nature de la participation du personnel soignant

La présente étude a pour but de mesurer l'intensité de la douleur ressentie par des personnes âgées non-communicantes et atteintes de déficits cognitifs sévères, de vérifier certaines qualités psychométriques du PACSLAC-F et d'apprécier l'utilité clinique de cet instrument. Le PACSLAC-F se présente sous forme de grille à cocher. Il propose 60 items qui sont divisés selon quatre catégories : les expressions faciales (13 items), les activités/ mouvements du corps (20 items), la dimension sociale/ personnalité humeur (12 items) et les indicateurs physiologiques/ changement alimentation et sommeil/ comportements verbaux (15 items). Le grand nombre d'items permet à l'instrument de différencier entre les situations de calme, de détresse et de douleur ainsi qu'une évaluation précise et rapide de l'état du client. L'instrument est d'utilisation facile et il ne demande que quelques minutes à compléter. Le PACSLAC a été traduit et validé en français par Aubin et al. (2007). Le PACSLAC-F (F pour français) peut désormais être utilisé pour une étude pilote.

Le projet est une étude pilote à devis descriptif-corrélatif et mesures répétées qui se déroulera sur l'unité 4AB au Pavillon Lachapelle de l'hôpital Notre-Dame (CHUM) et sur l'unité 6 ième du Bullion de l'Hôtel-Dieu, il s'agit d'unité de soins de longue durée. Nous prévoyons recruter 30 patients âgés hospitalisés sur cette unité qui ont 65 ans et plus et qui présentent un diagnostic de démence, les patients qui présentent une pseudo démence dépressive seront exclus de l'étude. Les patients participants à l'étude ou leur représentant légal devront avoir signé un formulaire de consentement avant que l'on puisse procéder à l'observation décrite dans la présente étude.

Votre rôle comme infirmière ou infirmière-auxiliaire est de procéder à l'observation de chaque sujet avec l'instrument de mesure PACSLAC-F à raison de trois jours par semaine, dans un contexte de soins intégrés à la routine où la douleur est considérée comme un signe vital. Les participantes auront à compléter une grille PACSLAC-F au moment des soins d'hygiène, dès qu'un comportement associé à la douleur est observé ainsi qu'avant l'administration d'un traitement sur 3 jours/semaine; pendant trois semaines et de compléter une grille PACSLAC-F pour chaque sujet observé. Au début de la troisième semaine, un questionnaire sera remis aux infirmières et aux infirmières auxiliaires qui auront participé au projet afin d'obtenir leur opinion sur l'instrument. De plus, suite à la complétion du questionnaire, à la quatrième semaine, un groupe de discussions composé des infirmières et des infirmières auxiliaires participant à l'étude pilote aura lieu pour approfondir et clarifier les points émergeant du questionnaire.

3. Les bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non-communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères.

4. Les risques

Il n'y a aucun risque associé à votre participation à cette étude

5. La confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Le chercheur responsable utilisera les données de l'étude à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrit dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 7 ans par le chercheur responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes publics adhèrent à une politique de confidentialité.

6. Liberté de consentement et liberté de se retirer

Votre participation est tout à fait volontaire et vous êtes totalement libre de participer ou non au présent projet de recherche. De plus, vous êtes libre, en tout temps, de vous retirer du projet sans pénalité, sans que cela ne nuise à vos relations avec vos collègues et vos supérieurs.

7. Droits légaux

En prenant part à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux, ni ne libérez le chercheur ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

8. Informations

Si vous avez des questions au sujet de votre participation à l'étude, vous pouvez en parler avec le chercheur principal, Mme Françoise Salette qui peut-être joint au [information retirée / information withdrawn].

Pour toute question au sujet de vos droits en tant que sujet de recherche ou si vous avez une plainte à formuler concernant votre participation à cette étude, téléphonez à :

Commissaire locale adjointe à la qualité des services :

M^{me} Louise Brunelle, [information retirée / information withdrawn]

Consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement, particulièrement quand à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucune de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant : _____

Signature : _____ Date : _____

Nom du témoin : _____

Signature : _____ Date : _____

Je certifie qu'on a expliqué au participant la nature du projet de recherche, ainsi que le contenu du présent formulaire, qu'on a répondu à toutes ses questions et qu'on a indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation. Une copie signée du présent formulaire de consentement lui est remise.

Nom du chercheur : Françoise Salette

Signature : _____ Date : _____

Nom de la personne désignée par lui : _____

Signature : _____ Date : _____

Annexe 6

Questionnaire sur l'utilité clinique de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F

Questionnaire

Projet évaluation de la douleur chez les personnes âgées non communicantes
(Utilité clinique de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F)

Milieu : _____ Unité : _____

Date : _____

- 1) Que pensez-vous de la clarté et de la pertinence des items (revoir l'outil item par item)?

- 2) Décrivez le contexte dans lequel s'est déroulée l'observation (évaluation de routine, évaluation ponctuelle, évaluation pré et post administration d'une médication analgésique, etc.).

- 3) D'après vous, la connaissance des patients représente un atout ou un problème? Justifiez votre réponse.

- 4) Que pensez-vous de la facilité d'utilisation de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F?

5) Quel est le temps requis pour compléter l'observation?

6) Sur l'échelle subjective d'évaluation, à partir de combien cotez-vous un client qui pour vous est souffrant? Quelle est la douleur minimale qui engendrerait une action de votre part?

7) L'intégration de l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F dans votre routine de soins, faciliterait-elle la tâche en regard de l'évaluation de la douleur? Justifiez votre réponse.

8) Quels avantages trouvez-vous à utiliser l'instrument d'évaluation de la douleur PACSLAC-F?

9) Quels désavantages trouvez-vous à l'utilisation de l'outil d'évaluation PACSLAC-F?

Annexe 7

Grille sur les données démographiques des sujets

Grilles sur les données démographiques

Sujet#
Hôpital

Chambre
Homme : _____
Femme : _____

Âge :

date de l'admission :

Raison de l'admission :

Diagnostiques

Démence

Folstein

Date :

Score :

Médicaments analgésiques

medicament	dose	fréquence	Temps (hs, prn,)

Autres médicaments

medicament	dose	fréquence	temps